

2013

*Doelgericht werken in de
vaktherapie*



Marijke van Holst en Jacqueline
Scherpenzeel
Christelijke Hogeschool Ede
6-5-2013

Inhoudsopgave

<i>Samenvatting</i>	4
<i>Voorwoord</i>	5
<i>De Riethorst</i>	6
<i>Inleiding en achtergrond van het project</i>	7
<i>Hoofdvraag en Deelvragen</i>	9
<i>Onderzoeksmethode</i>	10
Deelvraag A	12
A.1. Huidige ontwikkelingen in de zorg.....	12
A.2. Invloed op unit D en E.....	16
A.3. Invloed op de vaktherapie.....	17
Deelvraag B	19
B.1. Signalen.....	19
B.2. Plaats van de doelen binnen de vaktherapie.....	22
Deelvraag C	26
C.1. Verwachting hulpverleners.....	26
C.2. Verwachting cliënten.....	31
Deelvraag D	34
D.1. Binnen de Riethorst.....	34
D.2. Andere instellingen.....	36
Deelvraag E	39
D.1. Mogelijkheden binnen het weekprogramma.....	39
D.2. Mogelijkheden en beperkingen cliënten.....	41
<i>Aanbevelingen</i>	44
<i>Verantwoording Product: ‘Vaktherapieënboekje’</i>	56
<i>Conclusie en discussie</i>	58
<i>Literatuurlijst</i>	61
Bijlagen	65
Bijlage A Logboek.....	66
Bijlage B Interviewvragen Elly Jansen.....	71
Bijlage C Interviewvragen Vaktherapeuten.....	72
Bijlage D Labelschema.....	73
Bijlage E Voorbeeld enquête cliënten Unit D en E.....	96
Bijlage F Uitgewerkte enquêtes cliënten Unit D en E.....	97
Bijlage G Therapieprogramma’s Unit D en E.....	99

Samenvatting

Dit verslag gaat over de vaktherapie van de Riethorst in Ede. Naar aanleiding van de kortere opnameperiode in de instelling, zijn we op zoek gegaan naar hoe de vaktherapie zo effectief mogelijk kan worden ingezet in het weekprogramma, zodat ook hier aan de behandeldoelen gewerkt kan worden. Door de bezuinigingen in de zorg en Welzijn Nieuwe Stijl die de ambulante zorg stimuleert is er gekozen voor minder en kortere opnames.

Het doel van dit verslag is om voor de vaktherapie in kaart te brengen hoe zij, ondanks deze verkorting van de opnames, door middel van een goede samenstelling van de vaktherapie, op een zo efficiënt en vooral doelgericht mogelijke manier bij kunnen dragen aan de behandeling van de cliënt. Om dit in kaart te brengen zijn wij hierover door middel van interviews met de vaktherapeuten in gesprek gegaan. Ook hebben wij de cliënten geënquêteerd en hebben wij literatuuronderzoek gedaan. Wij zijn zo op zoek gegaan naar wat mogelijkheden zijn, waar wensen liggen en in hoeverre dit haalbaar is. Meer hierover valt te lezen onder 'Onderzoeksmethoden'.

De resultaten van dit onderzoek zijn te lezen in de conclusies en de aanbevelingen. De belangrijkste resultaten willen wij hier kort noemen. Allereerst is er winst te behalen door een aantal roostertechnische veranderingen die het therapieprogramma beter aan laten sluiten bij wat de cliënt in de behandeling nodig heeft. Hierbij kan er voor worden gekozen de cliënt indicatieonderdelen aan te bieden die passend zijn bij zijn eigen behandeldoelen en zo aansluiten bij de behoeften van de cliënt. Deze behandeldoelen zouden intensiever terug moeten komen bij de vaktherapie om hier ook doelgerichter te werken en de behandeling te bespoedigen. Ook kan er door goede communicatie tussen en binnen de vakdisciplines beter worden samengewerkt bijvoorbeeld door de taken goed te verdelen en door ieders kwaliteiten in kaart te brengen en inzichtelijk te maken voor iedereen. Ook de samenwerking tussen de ambulante en klinische zorg zou versterkt kunnen worden zodat sommige delen van de behandeling van de cliënt die nog niet zijn afgerond poliklinisch vervolgd kunnen worden. Daarnaast is er winst te behalen door cliënten een goede uitleg te geven over wat de therapie inhoudt en wat zij hier kunnen bereiken in het kader van hun behandeling. Naast de therapieën zou het ook duidelijkheid geven aan de cliënt wanneer de therapeuten beter herkenbaar zijn.

Om bij een aantal van deze resultaten meteen een mogelijke oplossing aan te dragen hebben wij naar aanleiding ons onderzoek een product ontwikkeld namelijk het 'Vaktherapieënboekje'. Dit is een boekje wat de cliënten en vaktherapeuten kunnen gebruiken bij de vaktherapie. Hierin wordt uitleg gegeven over de therapieën en de therapeuten worden voorgesteld. Ook is er ruimte voor de behandeldoelen en aantekeningen over de voortgang binnen de vaktherapie. Wij bevelen de Riethorst aan dit boekje in gebruik te nemen voor Unit D en E bij de vaktherapeutisch onderdelen in het programma.

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek wat gemaakt is als eindscriptie van de Hbo-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening. In dit document zijn de resultaten van ons onderzoek te lezen. Deze scriptie is in het bijzonder geschreven voor de vaktherapeuten van de Riethorst in Ede en alle andere mensen die geïnteresseerd zijn in vaktherapie binnen de psychiatrie.

De hoofdvraag waarom ons onderzoek draait luidt: “Hoe kan de vaktherapie van Unit D en E van de Riethorst zo effectief mogelijk worden ingedeeld binnen het weekprogramma zodat op een zo efficiënt mogelijke manier gestalte kan worden gegeven aan het behalen van de behandeldoelen nu er een kortere opnameperiode is?”

De Riethorst is een instelling waar mensen met ernstige psychiatrische klachten kunnen worden opgenomen en behandeld. In dit document is beschreven hoe de vaktherapie daar momenteel zijn invulling heeft binnen het weekprogramma, hoe dit in soortgelijke instellingen is en wat voor wensen en mogelijkheden er zijn om dit in de toekomst nog verder te optimaliseren binnen de Riethorst. Hierbij is ook aandacht voor de huidige ontwikkelingen in de zorg in het kader van Welzijn nieuwe stijl.

Graag willen wij van de gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken die ons hebben geholpen bij ons onderzoek.

Allereerst alle vaktherapeuten van de Riethorst, voor de informatie die zij ons toevertrouwden in de interviews en de prettige samenwerking die wij mochten ervaren. Daarnaast ook de cliënten van unit D en E, voor hun gastvrije onthaal en openheid in de enquêtes. Ook Elly Jansen willen wij bedanken voor de achtergrondinformatie over de instelling en het meedenken over een aansluitend onderwerp voor ons project. Ook Sonja Daelmans willen wij graag bedanken als onze opdrachtgever voor dit project. Wij zijn erg blij met haar geduldig meedenken en kritische blik waardoor wij in staat waren ons onderzoek zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de behoeften die liggen bij de Riethorst. Ook Marike de Haan stond altijd voor ons klaar als onze afstudeerbegeleider. Door haar nauwkeurige en persoonlijke begeleiding en feedback konden wij ons onderzoek verder optimaliseren. Als laatste willen wij Bianca Vos bedanken voor de tijd en aandacht die zij wilde besteden aan het beoordelen van onze scriptie.

Wij hopen dat het lezen van dit document u nieuwe en verrassende inzichten zal geven aangaande de invulling van de vaktherapie binnen de psychiatrie en hoe hier doelgericht gewerkt kan worden.

*Ede, 2013
Marijke van Holst
Jacqueline Scherpenzeel*

De Riethorst

De Riethorst in Ede is een onderdeel van de organisatie Pro Persona. Pro Persona is een overkoepelend orgaan die zich inzet voor de behandeling van psychiatrisch patiënten in deze regio. De Riethorst is een psychiatrisch ziekenhuis met verschillende klinische afdelingen en die ambulante behandeling biedt, aansluitend bij de hulpvraag van de cliënt.

Missie en visie

De missie en visie van Pro Persona luidt als volgt: “Het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met psychische of psychiatrische problemen door hen te genezen of weer grip op hun bestaan te laten krijgen en samen met hen een nieuw perspectief te ontwikkelen. Pro Persona is altijd op zoek naar de behandeling die het beste aansluit bij de wensen van de cliënt. Daarbij betrekken we familie en naasten, spelen we in op invloeden uit de maatschappij en volgen we ontwikkelingen binnen de psychiatrie. We zijn een persoonlijke zorgverlener die de behoeften van de cliënt als uitgangspunt neemt voor de invulling van de zorg. Vastgestelde kernwaarden in relatie tot de cliënt: Respectvolle bejegening, vakbekwaam en professioneel, toegewijd en dienstverlenend en maatschappelijk betrokken” (Pro Persona, 2013).

Behandelteam

Het behandelteam op de klinische afdelingen van de Riethorst bestaat uit behandelaren, namelijk psychiaters en psychologen. Verder zijn er verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vaktherapeuten. Ons onderzoek zal zich beperken tot het team van de vaktherapeuten. Dit team bestaat uit twee mannelijke psychomotorisch therapeuten en zes vrouwelijke therapeuten, namelijk een muziektherapeut, drie activiteitentherapeuten en een creatief therapeut. Zeven van hen geven therapie op unit D of E.

Unit D en E

Voor ons onderzoek hebben wij ons gericht op twee van de klinische afdelingen namelijk Unit D en Unit E. Dit zijn twee open afdelingen binnen de Riethorst waarin mensen voor een bepaalde periode zijn opgenomen. De hulpvraag van deze cliënten komt voort uit een psychiatrisch ziektebeeld. Tijdens de opname zijn deze cliënten intern in de instelling. Met iedere cliënt wordt apart overlegd over verlof. Cliënten kunnen in overleg zelf het terrein verlaten, maar worden geacht bij de therapieën aanwezig te zijn.

Inleiding en achtergrond van het project

Onderwerp

Binnen de instelling wordt er sinds kort een andere vorm van opnemen gehanteerd. Voorheen waren opnames langer en lag de nadruk minder op de doelen. Tegenwoordig wordt er in een behandeling zoveel mogelijk ambulant gewerkt. Hierdoor is de opnameperiode korter dan vroeger en is deze meer doelgericht. Dit houdt in dat cliënten al binnen komen met een aantal concrete doelen die behaald moeten worden binnen de opnameperiode. De lengte van de opnameperiode wordt aan de hand van de doelen vooraf vastgesteld. Er wordt gestreefd naar een maximale opnameperiode van drie maanden. Zijn de opnamedoelen niet behaald binnen deze tijd dan wordt er na de vooraf bepaalde periode opnieuw overlegd. In tegenstelling tot eerder is deze opnameperiode beëindigd wanneer de opnamedoelen behaald zijn, ongeacht of er nog andere hulpvragen liggen. Dit betekent bijvoorbeeld als een cliënt opgenomen wordt met als doel om van medicatie te veranderen, dat de opnameperiode niet verlengd kan worden omdat een mogelijk ander probleem wat niet onder de opnamedoelen valt (bijv. relatie met familie verbeteren) nog niet behaald is. Dit zorgt ervoor dat de termijn van de opname erg afgebakend is.

De veranderingen in de opnameduur hebben invloed op de vaktherapie en zo ook op de manier van werken van de vaktherapeuten. Wij willen gaan onderzoeken hoe de vaktherapie daarin kan meebewegen zodat deze zo efficiënt mogelijk ingezet kan worden in de behandeling ter bevordering van het behalen van de behandeldoelen van de cliënt. We gaan daarbij kijken naar welke plek de vaktherapie het beste kan krijgen bij de invulling van het weekprogramma.

Volgens het GZ-Vaktherapeuten beroepscompetentie profiel is dit belangrijk omdat de vaktherapeut in het multidisciplinaire team ook zijn plaats in moet nemen als het gaat om het ontwikkelen van het behandelplan en de doelen. Daarnaast is het belangrijk dat de vaktherapeut ook in de therapie werkt aan de doelen van deze cliënt (Rentenaar, 2012).

Probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek luidt: “Het weekprogramma van de vaktherapie van unit D en E van de Riethorst is nog niet zo efficiënt mogelijk ingericht, doordat er nog geen veranderingen zijn doorgevoerd sinds de opnameperiode van cliënten verkort is. Daardoor wordt er nog niet optimaal gebruik gemaakt van de behandeldoelen die de cliënten hebben”.

Voor dit onderzoek zullen wij informatie inwinnen door middel van interviews met de verschillende vaktherapeuten en de teamleider van unit D en E. Ook willen wij de cliënten enquêteren aangaande hun mening over dit thema. Verder zullen wij ons ook breder oriënteren door literatuuronderzoek te doen. In ons onderzoek willen wij ons beperken tot alleen de behandeldoelen en vaktherapie van unit D en E en hoe de vaktherapie haar plaats inneemt in het weekprogramma van deze groepen.

Relevantie

Dit onderzoek is relevant omdat er de laatste tijd veel veranderingen in de zorg, en daarmee ook in de psychiatrie, zijn doorgevoerd. Zoals hierboven al is beschreven is de opnameperiode van cliënten aanzienlijk korter dan vroeger en is het in het kader van ‘Welzijn Nieuwe Stijl’ belangrijk dat de opnames aantoonbaar doelgericht zijn. Het is ook

belangrijk dat de vaktherapeuten zichtbaar doelgericht werken met de cliënten en zich conformeren aan de kortere opnameperiode. Ons onderzoek zal handvatten voor de vaktherapeuten opleveren, in de vorm van aanbevelingen, om hier op een goede manier invulling aan te kunnen geven.

Doelstelling

Door dit onderzoek willen wij bereiken dat de vaktherapie binnen de korte opnameperiodes zo optimaal mogelijk kan worden ingezet ter bevordering van het behalen van de doelen van de cliënten. Wij willen in kaart brengen welke onderdelen van het huidige therapieprogramma na de veranderingen in de psychiatrie nog steeds helpend zijn en wat juist verbeterd kan worden en hoe. Aan het eind van ons onderzoek willen wij aanbevelingen en een mogelijk product hebben wat de vaktherapeuten hierbij ondersteunt.

Hoofdvraag en Deelvragen

Hoofdvraag

Hoe kan de vaktherapie van Unit D en E van de Riethorst zo effectief mogelijk worden ingedeeld binnen het weekprogramma zodat op een zo efficiënt mogelijke manier gestalte kan worden gegeven aan het behalen van de behandeldoelen nu er een kortere opnameperiode is?

Deelvragen

A: Wat zijn de huidige ontwikkelingen in de psychiatrie wat betreft doelgericht klinisch opnemen en wat voor invloed hebben deze op Unit D en E van de Riethorst?

A.1. Huidige ontwikkelingen

A.2. Invloed op unit D en E

A.3. Invloed op de vaktherapie

B: Welke signalen laten zien dat de huidige invulling van de vaktherapie binnen het weekprogramma efficiënter gestalte kan krijgen zodat de behandeldoelen behaald worden?

B.1. Signalen

B.2. Plaats van de doelen binnen de vaktherapie

C: Wat zijn de wensen en verwachtingen van betrokken partijen ten aanzien van de roostering van de vaktherapie binnen het weekprogramma?

C.1. Verwachting hulpverleners

C.2. Verwachting cliënten

D: Op welke manier wordt vaktherapie ingedeeld in weekprogramma's binnen de psychiatrische instellingen?

D.1. Binnen de Riethorst

D.2. Andere instellingen

E: Wat voor mogelijkheden zijn er binnen Unit D en E om de vaktherapie zo efficiënt mogelijk in te delen in het weekprogramma?

E.1. Mogelijkheden binnen het weekprogramma

E.2. Mogelijkheden en beperkingen cliënten

Onderzoeksmethode

Methode

Wij hebben voor 3 soorten onderzoek gekozen. Interviews, enquêtes en literatuuronderzoek. De interviews die wij gehouden hebben zijn halfgestructureerd. Wij hebben voor deze vorm gekozen omdat we op deze manier antwoord kregen op de door ons vooraf opgestelde interviewvragen, maar ook de ruimte en vrijheid boden aan de vaktherapeuten om onze vragen aan te vullen met andere informatie die in hun ogen ook relevant was voor ons onderzoek. Wij hebben de vaktherapeuten en de teamleider van unit D en E geïnterviewd om zo nauwkeurig mogelijk zoveel mogelijk informatie te krijgen. We hebben geluidsopnames gemaakt van deze interviews om zo de betrouwbaarheid van de gebruikte informatie te waarborgen en de deelvragen zo objectief mogelijk te kunnen schrijven. De cliënten van Unit D en E hebben we enquêtes in laten vullen. Dit hebben we gedaan omdat het voor hen op deze manier veel laagdrempeliger en veiliger was dan wanneer ze een interview zouden moeten geven. Naast de interviews en enquêtes hebben we ook nog literatuuronderzoek gedaan naar de nieuwste ontwikkelingen in de psychiatrie die relevant waren voor ons onderzoek. Ook hebben we ondersteunende literatuur gebruikt bij alle deelvragen.

Respondenten

De respondenten bij dit onderzoek zijn de cliënten van Unit D en E. Op beide Units zijn op het moment van het onderzoek acht bedden beschikbaar, waarvan er in totaal dertien bezet waren. Alle cliënten van Unit D en E zijn in de gelegenheid gesteld om een enquête in te vullen. Één cliënt wilde niet meewerken met het onderzoek, een andere cliënt was met verlof en was daarom niet in staat om mee te werken met het onderzoek. Uiteindelijk hebben we elf cliënten kunnen enquêteren. Op Unit D waren dit twee vrouwen en drie mannen, op Unit E waren dit vijf vrouwen en één man. In totaal hebben we zeven vrouwen en vier mannen kunnen enquêteren. De leeftijd van de cliënten ligt tussen de 18 en 60 jaar.

Daarnaast zijn alle vaktherapeuten en de teamleider geïnterviewd. Dit zijn in totaal zes interviews geweest. Hiervan is één mannelijke vaktherapeut, de overige vaktherapeuten en de teamleider zijn vrouw. Één vaktherapeut is helaas niet geïnterviewd vanwege langdurige ziekte.

Uitleg meetinstrumenten en procedure

Aan de cliënten van Unit D en E is gevraagd of zij mee wilden werken aan ons onderzoek. De enquêtes zijn anoniem afgenomen. Wij zijn 's avonds bij het koffiedrinken langsgegaan bij de Riethorst om de enquêtes af te nemen. We hebben gekozen voor het koffiemoment omdat dan de meeste cliënten aanwezig zijn en de cliënten genoeg vrije tijd hebben.

De enquêtes voor cliënten zijn te vinden in bijlage E. De enquête bestaat uit een aantal meerkeuzevragen. Wij hebben voor meerkeuzevragen gekozen omdat dit minder gecompliceerd is voor de cliënten, rekening houdend met hun ziektebeelden. De vragen zijn gemaakt met het doel om de wensen en verwachtingen van de cliënten van unit D en E ten opzichte van het rooster duidelijk te krijgen. Van de resultaten uit de enquêtes zijn een aantal diagrammen gemaakt die te vinden zijn in bijlage F. De opmerkingen van cliënten die er los bijgeschreven zijn, zijn gelabeld en gecodeerd. Deze staan in het labelschema in bijlage D.

De interviewvragen voor de teamleider en voor de vaktherapeuten zijn te vinden in bijlage A en B. Deze vragen zijn gemaakt naar aanleiding van de vijf deelvragen. Samen geven deze antwoorden voor een aanzienlijk gedeelte antwoord op de deelvragen en daarmee ook op de hoofdvraag. In bijlage C zijn de transcripten te vinden van de uitgetypte interviews. De transcripten zijn gefragmenteerd en alle fragmenten zijn gelabeld en gecodeerd. In bijlage D kunt u het labelschema vinden met daarin de kernlabels en alle labels.

Codering informatie uit interviews

- 1: Code geïnterviewd persoon
- 2: Nummer interview vraag
- 3: Letter deelvraag
- 4: Nummer kernlabel
- 5: In eerste instantie altijd 1, mits er eenzelfde code is bij hetzelfde kernlabel dan 2, 3, 4 enz.

Nummers van de afgenomen interviews:

- 1 = Elly Jansen
- 2 = Linda Sanders
- 3 = Sonja Daelmans
- 4 = Anneke Langendoen
- 5 = Inez van Os
- 6 = Ron Steenbeek

Codering informatie uit enquêtes

- 1: E van enquête
- 2: D voor enquêtes van Unit D, E voor enquêtes van Unit E
- 3: Nummer van enquêtevraag (voor overige opmerkingen een 6.)
- 4: Letter deelvraag
- 5: Nummer kernlabel
- 6: In eerste instantie altijd 1, mits er eenzelfde code is bij hetzelfde kernlabel dan 2, 3, 4 enz.

Alle literatuur die we in ons onderzoek verwerkt hebben is volgens APA normen verwerkt. Nadat alle informatie gecodeerd en gelabeld was en we literatuuronderzoek hebben gedaan, zijn we de antwoorden op de deelvragen gaan schrijven met alle verzamelde informatie. Naar aanleiding van de geschreven deelvragen hebben we geprobeerd zo passend en relevant mogelijke aanbevelingen te schrijven.

Deelvraag A

Wat zijn de huidige ontwikkelingen in de psychiatrie wat betreft doelgericht klinisch opnemen en wat voor invloed hebben deze op Unit D en E van de Riethorst?

Inleiding op de deelvraag

Er verandert momenteel veel in de zorg. Er is minder geld, de zorg moet effectiever ingezet worden zodat er minder zorg nodig is per cliënt. Deze eerste deelvraag gaat over de invloed van de huidige ontwikkelingen in de zorg op Unit D en E van de Riethorst. Er wordt specifiek gekeken naar het doelgericht klinisch opnemen. Wat houdt dat precies in, wat zijn de huidige ontwikkelingen in de zorg rondom het doelgericht klinisch opnemen? Wat is de invloed daarvan op Unit D en E en wat voor mogelijke gevolgen heeft dat? Wat is de invloed hiervan op de vaktherapie? Het is belangrijk om eerst te bekijken wat de huidige ontwikkelingen zijn in de psychiatrie, voordat er gekeken wordt naar wat deze veranderingen voor invloed hebben op de vaktherapie van unit D en E.

A.1. Huidige ontwikkelingen in de zorg

Doelgericht klinisch opnemen

Doelgericht klinisch opnemen is een term die vaak langskomt als het gaat om psychiatrische ziekenhuizen. Maar wat houdt het nu precies in?

Doelgericht klinisch opnemen sluit aan bij de huidige ontwikkelingen omtrent de bezuinigingen in de zorg. Het gaat uit van het zo min mogelijk opnames, of als een opname echt noodzakelijk is een zo kort mogelijke opname. Dit wordt gedaan door in te zetten op extramurale zorg voor de cliënten. Volgens mw. Jansen, de teamleider van unit D en E, is dit de voornaamste verandering in de visie op de zorg. Ambulant is volgens haar tegenwoordig altijd leidend tenzij er geen andere opties over blijven (1.7.A.1.1.). Mocht het toch tot een opname komen is het zaak dat deze zo kort mogelijk duurt om hospitalisatie te voorkomen (Psychiatrie Nederland, 2009). Voor deze opname worden doelen opgesteld die behaald moeten worden binnen de opname waarna de cliënt zo snel mogelijk weer thuis verder begeleid kan worden.

Doelgericht werken binnen intramurale zorg is momenteel een zeer gangbare methodiek. Meteen wanneer mensen opgenomen worden moeten er doelen worden gemaakt voor de behandeling. Over het algemeen worden aan de hand van de informatie bij de intake doelen opgesteld. Vervolgens gaat in de meest ideale situatie de gehele behandeling om deze doelen draaien (Blankevoort, 2009). Methodisch werken is van belang wanneer je een opname op een beheerste en gestructureerde wijze wil laten verlopen. Voor methodisch werken is het belangrijk om systematisch, procesmatig, bewust maar vooral ook doelgericht te werken (Wijhe, 1996).

Mw. Jansen geeft aan dat wanneer cliënten op de Riethorst komen er bij de intake heel duidelijk uitleg wordt gegeven over de ontwikkelingen binnen de psychiatrie. Er wordt dan uitgelegd wat doelgericht klinisch werken inhoudt en aan de hand daarvan wat de Riethorst kan bieden aan deze cliënt met zijn persoonlijke hulpvraag (1.10.A.2.1.).

Ambulantisering en beddenreductie

Ambulantisering en beddenreductie zijn tegenwoordig actuele onderwerpen in de zorg. Doordat er een verschuiving is van klinische behandelingen naar meer ambulant werken, betekent dat automatisch dat de klinieken gaan krimpen. Op steeds meer plaatsen in de Nederlandse psychiatrie worden bedden of zelfs hele afdelingen gesloten (NOS, 2012). In de GGZ in Nederland was in 2011 het streven om voor 2020 van 29.900 bedden af te gaan bouwen naar 20.000 bedden. Dit betekent dat een derde van de bedden die toen open waren zouden moeten sluiten. Wanneer echter de lijn wordt doorgezet zoals die in de voorbijaande jaren te zien was zullen waarschijnlijk in er 2020 maar liefs 37.000 bedden zijn in plaats van de nu geplande 20.000. Dit vraagt om een forse verandering richting ambulant behandelen. Deze beweging is ook zichtbaar bij de Riethorst in Ede waar ook spraken is van beddenreductie.

Volgens het Trimbos-instituut zijn er bestuurders die zeggen dat met het vervangen van bedden door goede ambulante zorg nog heel wat winst te behalen is. Dit is op dit moment nog niet gebeurt, omdat het voor instellingen financieel te onaantrekkelijk is. Bedden betekenen immers geld (Toekomstverkenning intramurale zorg, 2009). Sommige instellingen kunnen bijvoorbeeld de bedden voor cliënten die noodzakelijk lang moeten blijven alleen maar financieren door andere patiënten die dat niet perse nodig hebben, ook langer te houden. De onmogelijke vraag is of je de toekomst van sommige patiënten mag opofferen om de zorg voor anderen betaalbaar te houden (Veldhuizen R. v., Van bedden naar betere zorg in de buurt, 2011). De enige manier van slagen als het gaat om beddenreductie is om een sterk ambulant systeem te maken. Wanneer er namelijk een zwak ambulant systeem is, moet dit worden opgevangen door meer opnames waardoor er meer bedden beschikbaar moeten zijn. Dat is mede de aanleiding geweest voor de oprichting van de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF). FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment (Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & Os., 2010). Het doel van het FACT-team is om naar mensen toe te gaan en hen te helpen op de plaats waar zij hun dagelijks bestaan weer op moeten bouwen (FACT en ACT, 2009). Nu er nieuwe ambulante zorgvormen worden gemaakt zoals de FACT teams, die genoeg uitgerust zijn om veel meer patiënten intensiever te begeleiden bij het 'normale' leven, heeft de ambulantisering en daarmee ook de beddenreductie meer kans van slagen. Het is wel van belang dat het serviceniveau, de deskundigheid en modelgetrouwheid van die ambulante teams worden behouden. Daarnaast hangt er ook veel af van het overheidsbeleid. Er moet namelijk adequate financiering ontwikkeld worden voor het opbouwen van de ambulante zorgvormen, wil de beddenreductie slagen (Veldhuizen R. v., Van bedden naar betere zorg in de buurt, 2011).

Het lijkt er op dat ambulante behandelingen en deeltijdzorg in een bloeiperiode terecht gaan komen. Mocht er sprake zijn van langdurige zorg zal dit vaak niet meer klinisch worden verleend. Deze zorg zal meer vermaatschappelijken in de vorm van RIBW-voorzieningen en dagactiviteitencentra. Daarnaast zal de cliënt vooral ondersteund worden door zijn eigen netwerk zover dit mogelijk is en komt zo de nadruk meer te liggen op het systeem (GGZ-ontwikkelingen en gevolgen zorginfrastructuur, 2005) Dit past volledig binnen de nieuwe inrichting van de zorg volgens Welzijn Nieuwe Stijl. Meerdere bakens van Welzijn Nieuwe Stijl leggen namelijk de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en diens omgeving (Kluft, 2011). Uit een onderzoek binnen GGZ Noord-Holland-Noord bleek dat deze vorm van ambulantisering van de zorg rond de 25 procent minder zou kosten dan de huidige vorm van intramurale zorg die in deze organisatie vorm krijgt (N.N., 2010). Uit ditzelfde

onderzoek kwam ook naar voren dat wanneer zij met minder bedden en meer ambulante hulp zouden gaan werken, zij twintig procent minder kosten per cliënt zouden hebben dan andere vergelijkbare instellingen die nog veel intramuraal werken. (N.N., 2010).

Zoals hierboven beschreven gaat het bij extramuralisering niet alleen om beddenreductie. Waar het vooral ook om draait is het goed samenwerken en afstemmen tussen de kliniek en de ambulante zorg. Dit zorgt ervoor dat, wanneer er toch een opname nodig is, het zowel voor de familie als de cliënt duidelijk is welk doel deze opname heeft. Zolang de cliënt thuis is wordt er alles aan gedaan door begeleiding en ondersteuning om een opname te voorkomen (Kerkhof, 2011). Belangrijk daarbij is dat cliënten thuis goed en intensief begeleid worden door multidisciplinaire teams. Dit wordt tegenwoordig vaak gedaan door de hierboven al genoemde ACT of FACT-teams. In de Riethorst is sinds een aantal jaar ook zo'n FACT-team samen gesteld.

Ook bij crisisdienst gaan er bedden sluiten. Deze zullen worden omgezet in Intensive Home Treatment (IHT). Dit houdt in dat speciale teams als poortwachters van de kliniek samen kunnen werken met de andere hulpverleners rondom de cliënt om zo een opname te voorkomen (Kerkhof, 2011).

In eerste instantie klinkt het ambulant werken zoals hierboven beschreven veel mensen vast positief in de oren. Het is daarom wel belangrijk om ook de keerzijde hiervan te zien. In de jaren negentig werd al duidelijk dat cliënten die thuis zijn sneller uit beeld raken en zo verloederen. Intensieve ambulante zorg vraagt dus om veel organisatie en een scherpe blik (Kerkhof, 2011).

Kortere opnames

Door bezuinigingen en ambulantisering moeten de opnames naast doelgericht ook zo kort mogelijk gemaakt worden, zoals eerder genoemd. Daar komt nog bij dat in het beroepscompetentieprofiel van vaktherapeuten beschreven staat dat een langdurige opname slechts voor een kleine groep cliënten wenselijk of noodzakelijk is. Dit komt doordat de sociale netwerken en de maatschappij, ook wel de persoonlijke en maatschappelijke steunsystemen genoemd, steeds meer een vangnet gaan vormen voor cliënten met een psychiatrische achtergrond. Voor (tijdelijk) wonen in een instelling wordt alleen nog gekozen wanneer hiervoor zeer dringende redenen zijn (Rentelaar, 2011). Een nieuw woord, geïntroduceerd door Mw. van Avest, directeur van het Landelijk Platform GGZ, is zelfmanagement. Dit houdt in dat cliënten leren om zelf de regie in handen te nemen om met hun ziektebeeld te leven. Mw. van Avest vertelt dat dit ook beter is voor cliënten: "Van een langdurig opname worden psychiatrische patiënten niet beter. Ze willen thuis wonen, vriendschappen sluiten, werken en hun leven snel oppakken na een slechte periode" (Psy, 2012).

Daar tegenover staat dat er ook cliënten zijn waarvoor langere opnames gewoon nodig zijn, als er gekeken wordt naar het ziektebeeld en de situatie van de cliënt (GGZ inGeest, 2013). Dit zijn cliënten waarbij het niet haalbaar is om langer in de thuissituatie te blijven, om wat voor reden dan ook. Zij moeten voor een bepaalde tijd opgenomen worden om hun leven weer op de rails te kunnen krijgen met de hulp die zij nodig hebben.

Een nadeel van korte opnameperiodes is dat er sneller terugval kan ontstaan bij het terugkeren naar de thuissituatie. Mw. van Avest is van mening dat juist daarom, om terugval te voorkomen, preventie extra belangrijk is en extra aandacht verdient. Het is belangrijk dat

cliënten voorlichting krijgen over hun ziektebeeld en praktische handvatten krijgen om hiermee om te gaan in de thuissituatie. Op de vraag of mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen dan niet gaan verkommeren antwoordt zij: “Van die groep kun je inderdaad niet verwachten dat ze de regie helemaal zelf in handen nemen. Zij moeten zorg en ondersteuning krijgen die dicht om hen heen wordt georganiseerd. Zorg die uitgaat van herstel, van zoveel mogelijk deelnemen aan de samenleving. In het akkoord staat dat de bedden in de psychiatrie pas worden afgebouwd als dat goed geregeld is. De bemoeizorg moet sterk worden uitgebreid, hulpverleners moeten de wijken in. We hebben afgesproken dat ook de familie hulp en steun kan inschakelen als iemand zelf niet wil. Ik heb er vertrouwen in dat het gaat lukken. Juist omdat er al veel goede voorbeelden zijn van zorg dichtbij huis” (Psy, 2012). Een artikel over sociale vraagstukken laat weer een heel ander geluid horen: “cliënten met een psychiatrisch ziektebeeld hebben intensieve ondersteuning nodig bij verschillende dingen. Zij hebben hulp nodig bij de handhaving van hun psychische functies, sociale redzaamheid en soms persoonlijke verzorging. Ook kan het zo zijn dat ze behoefte hebben aan een prikkelarme, veilige woonomgeving en intensieve begeleiding. Het is de vraag of dit niveau van zorg met de huidige ambulante ondersteuning te verwezenlijken is” (Wunderink, 2012). Activiteitentherapeut mw. van Os ziet ook een gevaar schuilen in de kortere opnameperiode. Er is geen tijd meer om cliënten rustig te leren kennen, soms zijn cliënten er maar 3 tot 4 weken en dan moet er opgepast worden dat er niet een soort recreatie aangeboden wordt, maar dat er efficiënt moet worden gewerkt (5.8.A.1.1.). Er blijven dus verschillende geluiden klinken rondom de kortere opnameperiodes.

Evidence based werken

Een veelgehoorde kreet in de zorg de laatste tijd is het ‘evidence based’ werken (1.9.A.1.1.). Eerst wordt er beschreven wat evidence based werken nou eigenlijk inhoudt. Evidence based werken is een principe waarmee de keuzes in de zorg voor patiënten zoveel mogelijk op de meest recente inzichten uit de wetenschappelijke literatuur gebaseerd worden. Dit gebeurt in combinatie met eigen ervaringen van de zorgverleners en de voorkeuren of toestand van de patiënt of cliënt (Evidence based practice, 2012). Evidence based werken wordt ook wel omschreven als een kritische blik op het eigen handelen. Zorgverleners moeten zich afvragen waarom ze bepaalde behandeldoelen stellen, welke behandelingen ze kiezen, welk effect deze behandelingen hebben en hoe deze behandelingen verbeterd kunnen worden (Weijs, 2007). Het is dus noodzakelijk om als hulpverlener constant op de hoogte te blijven van de laatste wetenschappelijke inzichten en om bewust te handelen. Evidence based werken lijkt een nieuwe trend, maar eigenlijk heeft het al een langere voorgeschiedenis. Evidence based werken komt oorspronkelijk uit Hamilton in Canada, waar in 1992 op de McMasters Universiteit de ‘evidence based beweging’ ontstaat. In het beginstadium was deze beweging erop gericht op de kwaliteit van de medische zorg te verbeteren door het handelen te baseren op wetenschappelijk verkregen onderzoek (Schenk, 2011). In eerste instantie was evidence based werken voornamelijk bedoeld voor de geneeskunde. Nadat het hier nuttig werd geacht en populair werd, volgden ook andere beroepsgroepen, waaronder de GGZ (N.N., 2012). Steeds meer zorginstellingen in Nederland gaan gebruik maken van evidence based practice, zoals het officieel genoemd wordt, om zo het meest recente en bruikbare onderzoek te implementeren in de behandelingen die op de werkvloer worden gegeven. Evidence based practice betekent op de werkvloer dat er behandelingen aan cliënten geboden worden waarbij het behandelaanbod op grond van wetenschappelijk onderzoek optimaal hoort te zijn (Schenk, 2011).

Toch zitten er een aantal haken en ogen aan de transfer van het evidence based werken van de medische wereld naar de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het namelijk een stuk complexer om wetenschappelijk bewijs te verkrijgen dan binnen de algemene gezondheidszorg. Dit komt omdat het moeilijker is om de effectiviteit van interventies te meten dan bijvoorbeeld van medicatie. Zo wordt er bijvoorbeeld vaak de vraag gesteld in de geestelijke gezondheidszorg of de interventie zelf zorgt voor de effectiviteit ervan of dat andere factoren zoals empathie of presentie van de hulpverlener een grotere rol spelen dan wij denken in de werking van de interventie. Daar komt nog bij dat er binnen de geestelijke gezondheid relatief weinig wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan. Zeker bij nieuwe interventies is er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit ervan (N.N., 2012).

Een voordeel van evidence based werken is dat er gezorgd wordt dat hulpverleners niet meer handelen op basis van hun ervaring, maar op een gelijk niveau volgens wetenschappelijk onderzoek. Dit komt omdat bij evidence based werken kennis van de hulpverlener van groot belang is. Vanuit die kennis kunnen hulpverleners (gezamenlijk) een weloverwogen besluit nemen op basis van wetenschappelijk bewijs over een behandeling van een cliënt. Daardoor zal er meer overeenstemming komen tussen de aanpak van verschillende hulpverleners en de aanpak die de cliënt nodig heeft en zoals deze in zijn zorgplan omschreven staat. Een nadeel van evidence based werken in Nederland is dat de argumentatie rondom het evidence based werken in Nederland vaker om het kostenplaatje lijkt te draaien dan om de effectiviteit ervan (Schenk, 2011). Vaak lijkt het dat evidence based werken een voorwaarde is geworden om financiering te ontvangen.

A.2. Invloed op unit D en E

Verloop van de cliënten als gevolg van beddenreductie

Zoals eerder al beschreven worden er in Nederland veel bedden gesloten in psychiatrische instellingen omdat er steeds meer ambulant gewerkt wordt buiten de instelling en hiermee geprobeerd wordt opnames zo veel mogelijk te voorkomen. Nederland heeft momenteel 189 bedden binnen de psychiatrie op de 100.000 inwoners terwijl dat er in Engeland maar 85 en in Frankrijk zelfs maar 56 zijn (Veldhuizen, 2011). Dit is een ongelooflijk groot verschil met andere landen in west Europa. De beweging richting het streven naar minder bedden is dan ook niet geheel onverwachts. Ook minister Schippers van volksgezondheid steunt het initiatief om zo veel mogelijk bedden te schappen. Zij reageert positief op de grootschalige beddenreductie in Noord Holland die onlangs plaatsvond (Elsen, 2012). De gevolgen voor instellingen zijn echter groot.

Dit is ook het geval op de Riethorst in Ede op de open afdelingen unit D en E. Teamleider mw. Jansen geeft aan dat de opnames op de Riethorst zo kort mogelijk worden gehouden. Hierdoor gaan ook hier bedden sluiten. Het sluiten van de bedden moet dienen als een extra stimulans voor de instelling om de opnames kort en doelgericht te houden omdat er gewoonweg weinig plaats is voor nieuwe opnames (1.7.A.2.1.). Het gevolg hiervan is een veel hoger verloop van cliënten dan dat de instelling eerder kende. Dit heeft weer invloed op de behandeling en hoe deze moet worden aangeboden door de verschillende disciplines (1.8.A.2.1.).

Het verloop van de cliënten op de afdeling is dus een steeds zichtbaardere trend. Buiten de afdelingen worden opnames zo veel mogelijk voorkomen door intensieve ambulante zorg door middel van de FACT-teams en op de afdeling zelf worden opnames zo kort mogelijk gehouden. Op deze manier kunnen cliënten in een crisis wel binnen een korte termijn opgenomen worden ondanks de gesloten bedden (Smeets, 2007).

Tijdsdruk en onzekerheid

De doorstroming ten gevolge van beddenreductie zoals hierboven beschreven heeft als gevolg dat de hulpverleners op unit D en E de cliënten maar voor een korte tijd kunnen observeren en behandelen. Muziektherapeut mw. Langendoen geeft aan dat dit erg lastig kan zijn. Ze geeft aan dat hulpverleners cliënten langer moeten zien zodat ze tijd hebben om een proces in te gaan. Door de kortere opnames gaat dit moeilijker (4.7.A.2.1.). Voor haar brengt dit ontevredenheid met zich mee. Ze heeft soms het idee dat ze het therapeutisch proces met een cliënt niet af kan maken en dat is jammer (4.7.A.2.2.). Deze tijdsdruk kan voor hulpverleners erg hinderlijk zijn.

Daarnaast bestaat er onzekerheid voor wat betreft de toekomst bij de hulpverleners. Op unit D en E wordt gewerkt aan het terugbouwen van ongeveer twintig bedden naar zestien op deze twee afdelingen. Het is tot nu toe nog niet geheel duidelijk welke invulling deze bedden zullen krijgen als het gaat om welke stoornissen, weekinvulling en zorgprogramma's hieraan gekoppeld gaan worden (5.13.A.2.1.). Dit geeft onzekerheid over de toekomst van de afdelingen.

A.3. Invloed op de vaktherapie

Doelgericht werken in korte periode

Het doelgericht werken heeft uiteraard invloed op de vaktherapie. In de vaktherapie wordt het gebruik van de doelen en het zo efficiënt mogelijk werken aan het behalen van deze doelen steeds belangrijker. Omdat vaktherapeuten een groter aantal verschillende cliënten zien door de kortere opnameperiode, bieden de doelen van cliënten ook een goed houvast voor de vaktherapeuten binnen de vaktherapie. Mw. Jansen vat dit mooi samen: "Als je kortere opnames hebt dan moet dat ook steeds doelgerichter en dat betekent dus ook voor de vaktherapeuten dat ze niet een heel lang traject met iemand in kunnen gaan. Er moet veel concreter gekeken worden naar welk doel er haalbaar is in die tijd. Of wat kan ik bereiken en hoe kan die patiënt daarna verder" (1.7.A.3.1.). Er zijn nu eenmaal geen zes tot acht maanden meer om tot een besluit te komen wat voor behandeling passend is voor een cliënt. Daarom is het multidisciplinair overleg ook zo belangrijk. Mw. Jansen: "Met elkaar kun je zoeken naar een doelgericht programma voor een bepaalde cliënt en dat moet in een hele korte periode. Samen kun je dan bepalen welke activiteiten je goed kunt inzetten voor bepaalde problematiek en welke daar minder geschikt en effectief voor zijn" (1.7.A.3.1.). In deelvraag B wordt er meer beschreven over hoe de doelen momenteel een plaats hebben in de behandeling.

Moeilijk op de hoogte blijven

Doordat er een hoog verloop is wat het aantal cliënten betreft is het voor de vaktherapeuten ook lastiger om op de hoogte te blijven van alle dossiers van verschillende cliënten. Was er vroeger nog veel tijd om een cliënt en zijn situatie te leren kennen, tegenwoordig is er een sneller verloop van cliënten en zal er dus ook meer informatie uit dossiers gehaald moeten

worden (5.8.A.1.1.). Mw. Jansen herkent dit probleem. Ze geeft aan dat het voor vaktherapeuten meer werk is om op de hoogte te blijven van de reden van opname van een cliënt. Ook is het lastiger om de doelen van verschillende mensen te onthouden. Dit wordt allemaal steeds moeilijker vertelt zij (1.8.A.3.2.). Het is daarom ook steeds belangrijker dat de dossiers van cliënten goed gelezen worden en dat er voldoende overleg wordt gehouden, zodat de hulpverleners goed op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt (Oostende, 2011).

Evidence based werken in de vaktherapie

Het evidence based werken zoals al besproken is, heeft ook invloed op de vaktherapie op Unit D en E. Vaktherapeuten lopen er tegenaan dat het lastig is om de vaktherapie evidence based te maken, omdat het lastig is om te bewijzen dat de vaktherapie ook daadwerkelijk vruchten afwerpt in de behandeling. Daardoor moeten zij heel erg op gaan letten welke therapieën evidence based zijn en welke therapie er in ieder geval geboden moet worden (1.9.A.2.1.) Running bijvoorbeeld is evidence based, omdat bewezen is dat de runningtherapie effectief is voor mensen met een stemmingsstoornis (1.9.A.3.1.). Er is onderzoek gedaan naar de werking hiervan en daaruit bleek dat deze regelmatig vergelijkbaar is met de werking van antidepressiva (Cornet, 2010).

Er zijn wel een aantal hulpmiddelen om de vaktherapie evidence based te maken. De sinds 2005 ingevoerde diagnosebehandelingcombinaties, ook wel de DBC's genoemd, richten zich onder andere op het expliciteren van 'good practice' en het onderbouwen van 'evidence based practice'. Daarnaast biedt ook de FvB, de Federatie vaktherapeutische beroepen, ondersteuning bij het ontwikkelen van heldere producten, zij participeert in de richtlijnontwikkeling en zoekt naar mogelijkheden hiervoor binnen de verschillende vakdisciplines (Benneker, 2012).

In het beroepscompetentie profiel van de GZ-vaktherapeut staat het volgende geschreven over de taak van een vaktherapeut zelf: "Draagt zorg voor het inzichtelijk en aantoonbaar maken van de werkzaamheid van vaktherapie (practice based en evidence based)" en: "Rationalisering van beroepsmatig handelen, gefundeerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Dit houdt een kritische beoordeling van werkmethoden in en gerichte evaluatie van resultaten met het oog op effectiviteit" (Benneker, 2012). Dit zorgt dat er met de komst van het evidence based werken takenpakket van de vaktherapeuten wordt uitgebreid. Mw. Jansen signaleert dit ook, vaktherapeuten krijgen er een nieuwe verantwoordelijkheid bij (1.8.A.3.1.). Hierbij worden ze wel ondersteund door een aantal hulpmiddelen zoals die hierboven beschreven zijn.

Deelvraag B

Welke signalen laten zien dat de huidige invulling van de vaktherapie binnen het weekprogramma efficiënter gestalte kan krijgen zodat de behandeldoelen behaald worden?

Inleiding op de deelvraag

Als er in instellingen dingen minder goed gaan, staan deze direct of indirect de behandeling van de cliënt in de weg. Daarom is het belangrijk om te kijken wat er precies aan de hand is en wat er voor zorgt als er dingen mis gaan. In deze deelvraag wordt er gekeken naar verschillende signalen die laten zien dat er efficiënter gewerkt zou kunnen worden. De onderwerpen die hier besproken worden zijn signalen die aangeven dat de vaktherapie efficiënter ingezet kan worden in het weekprogramma. Uit interviews zijn signalen naar voren gekomen waaruit blijkt waar de vaktherapeuten tegen aan lopen rondom de therapieën die zij geven aan Unit D en Unit E. Het doel van de behandeling is dat de behandeldoelen van de cliënt worden behaald. Deze behandeldoelen worden aan het begin van een behandeling opgesteld. Door de invulling van de vaktherapie in het weekprogramma zo optimaal mogelijk in te delen kunnen deze behandeldoelen zo goed mogelijk behaald worden. De signalen die in deze deelvraag besproken worden geven aan dat dit efficiënter kan en daarom is het belangrijk om deze eerst uitgebreid onder de loep te nemen. Wat zijn deze signalen en wat laten zij zien? Waarom is het belangrijk dat dit verbeterd wordt? In het tweede gedeelte van deze deelvraag wordt er gekeken naar de plaats van de behandeldoelen in de vaktherapie. Juist nu de opnameduur van cliënten steeds korter wordt is het belangrijk dat er efficiënt gewerkt wordt met de doelen. Onder 'Plaats van doelen binnen de vaktherapie' wordt er gekeken naar signalen die aangeven dat de doelen effectiever ingezet kunnen worden binnen de behandeling bij de vaktherapie.

B.1. Signalen

Er zijn verschillende signalen die aantonen dat de huidige invulling van de vaktherapie efficiënter ingezet kan worden in het weekprogramma. Hieronder wordt besproken wat de vaktherapeuten hebben aangegeven.

Overdracht tussen verschillende disciplines

Bij een behandeling van een cliënt zijn verschillende disciplines betrokken. Dit multidisciplinaire werken heeft drie functies:

- Er wordt verder gekeken dan alleen het eigen vakgebied.
- Verschillende disciplines vullen elkaar optimaal aan.
- Gemeenschappelijk iets bereiken waartoe je alleen niet in staat bent.

(Coninx, 2006)

Artsen (psychiaters), verpleegkundigen, vaktherapeuten, maatschappelijk werkers en psychologen werken samen aan de behandeling van een cliënt. Samen dragen zij bij aan het behalen van de behandeldoelen door de cliënt. Overdracht is een essentieel punt van een behandeling, vooral als er veel verschillende disciplines samenwerken. Een onderzoek over overdracht verwoordt het als volgt: "Het doel van de informatieoverdracht is het zo efficiënt en volledig mogelijk informeren van een collega over zaken die belangrijk voor het werk zijn.

(Gulik, 2010)”. Om goed samen te werken is het belangrijk dat iedere discipline op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen in de behandeling van een cliënt. Toch wordt er op de werkvloer op de Riethorst niet genoeg overgedragen, geven verschillende vaktherapeuten aan. Creatief therapeut mw. Sanders vindt het heel vervelend als ze niet op de hoogte is van belangrijke zaken rondom een cliënt. Zij vertelt dat het heel onveilig kan zijn voor de cliënt als therapeuten niet weten wat belangrijke ontwikkelingen zijn in een behandeling (2.7.B.1.1.). De zowel mondelinge als schriftelijke overdracht die plaats zou moeten vinden binnen de Riethorst schiet er vaak bij in. Activiteitentherapeut en creatief therapeut mw. Daelmans vertelt dat de overdracht tussen verpleegkundigen en vaktherapeuten heel erg afhangt van de tijd die beide partijen hebben. Als één van de twee partijen geen tijd heeft, schiet de overdracht er al snel bij in (3.13.B.1.2.). Ze geeft dan aan dat ze vervolgens in de groep informatie mist. Soms heeft ze daardoor het gevoel dat ze ‘maar iets doet’ in de therapie. Ze weet wel waar ze mee bezig is, maar ze geeft aan dat het veel efficiënter zou kunnen als ze de nodige informatie over cliënten zou krijgen door middel van een overdracht (3.13.B.1.2.).

Ook muziektherapeut mw. Langendoen geeft aan dat ze soms informatie mist (4.8.B.1.1.). Net als mw. Daelmans loopt zij voor en na de therapie altijd even naar de verpleging voor een mondelinge overdracht als daar tijd voor is. Dit moet wel, want ze merkt dat als ze een schriftelijke overdracht doet, die lang niet altijd gelezen wordt (4.5.B.1.1.).

Ook activiteitentherapeut mw. van Os geeft aan dat zij de overdracht mist en dat er niet veel wordt teruggekoppeld, zelfs niet in de behandelplanbespreking (5.6.B.1.1.). Mw. Daelmans benoemt dat ze het gevoel heeft dat er een scheidslijn ligt tussen verpleegkundigen en behandelaren en de vaktherapeuten. Wat ze ziet gebeuren is dat wat er op de afdeling gebeurt daar blijft en niet meekomt naar de vaktherapie. Zo ook andersom, wat bij de therapie gebeurt komt niet terug op de afdeling. Wat zij graag zou zien is dat het lijntje tussen deze partijen korter wordt en dat behandelaren of verpleegkundigen bijvoorbeeld iets mee zouden geven voor in de vaktherapie (3.13.B.1.1.). Er zou dus meer overdracht moeten komen tussen verschillende partijen, wat ervoor zorgt dat de lijn korter wordt. Hier door zullen verpleegkundigen en behandelaren meer zicht hebben op wat er bij de vaktherapie plaatsvindt en kunnen de vaktherapeuten meer in hun therapie meenemen van wat er op de afdeling gebeurt. Dit kan onder andere door als vaktherapeut bij behandelplanbesprekingen te zijn. Toch heeft mw. Daelmans hier een praktisch bezwaar bij. Voor veel vaktherapeuten is het niet haalbaar om bij alle behandelplanbesprekingen te zijn omdat ze daar de tijd niet voor hebben. Ze vindt dat de vaktherapeuten daar een evenwicht in moeten zien te vinden, anders zijn ze meer over cliënten aan het praten dan dat ze hen daadwerkelijk zien (3.13.B.1.3.).

Verschillende vaktherapeuten geven zoals hierboven beschreven aan, dat ze informatie missen en dat de overdracht tussen verschillende disciplines, zowel mondeling als schriftelijk verbeterd zou kunnen worden. Aan de andere kant dwingt tijdnoed de vaktherapeuten om keuzes te maken naar welke overdrachtmomenten ze wel of niet gaan omdat het niet haalbaar is om bij alle behandelplanbesprekingen te zijn. Dit brengt vaktherapeuten in een lastige positie want ze missen deze informatie.

Rode draad van de behandeling

Een veelgehoord geluid onder de vaktherapeuten is dat, onder andere door het missen van bepaalde overdrachtmomenten ze de rode draad van een behandeling van een cliënt

missen. De behandeling bestaat teveel uit losse stukken, losse onderdelen (6.13.B.1.2). Mw. Langendoen geeft aan dat ze soms in haar therapie alles maar ‘aan elkaar moet kletsen’. Ze mist de rode draad. Ook voor de cliënten is dit lastig, zeker voor cliënten op Unit D, die vaak chronisch ziek zijn. Zij krijgen soms te grote brokstukken aan informatie die geen geheel lijken te vormen. Dat kunnen sommige cliënten niet kunnen verhapstukken (4.8.B.1.3.). Teamleider mw. Jansen denkt dat dit komt door een teveel aan schakels in de organisatie. Het is belangrijk dat de verschillende disciplines uit hun hokjes komen en gaan samenwerken (4.14.B.1.1.). Door beter met elkaar te communiceren en beter samen te werken kunnen de vaktherapeuten een rode draad door de behandeling laten lopen (4.8.B.1.2.). Mw. Langendoen noemt dit individualisering van de hulpverlening. Zij denkt dat dit mede komt doordat alle informatie nu in aparte dossiers moet worden gezet en niet meer in een gezamenlijke map geschreven staat (4.8.B.1.4.). Dat zorgt ervoor dat de hulpverleners alle informatie per cliënt in losse dossiers moet gaan opzoeken. Psychomotorisch therapeut dhr. Steenbeek geeft aan dat de vaktherapeuten hier geen tijd voor hebben (6.6.B.1.4.).

De rode draad in de behandeling wordt dus gemist door de vaktherapeuten. De behandeling bestaat uit teveel losse onderdelen. Het gebrek aan communicatie en de verindividualisering van de hulpverlening zijn daar debet aan.

Onderbrekingen van het therapieprogramma

Er vinden verschillende onderbrekingen van het therapieprogramma plaats, die door vaktherapeuten als storend worden ervaren voor de behandeling. Deze onderbrekingen worden hieronder besproken. Verschillende cliënten van Unit D en E hebben naast het programma ook andere prioriteiten wat betreft het thuisfront. Daardoor kunnen ze niet het hele programma meedraaien vertelt Mw. Sanders (2.8.B.1.1.). Een ander probleem wat zij ervaart is het feit dat bepaalde programma's parallel aan elkaar lopen. Bijvoorbeeld op maandagmiddag, als running samenvalt met creatieve therapie. Doordat Running een populair onderdeel is komen er soms maar één of twee mensen naar de creatieve therapie. Dit is een nadeel als onderdelen parallel aan elkaar lopen (2.7.B.1.2.) Eigenlijk is dat zonde, omdat cliënten dan in ieder geval één van beide vaktherapieën missen.

Een andere onderbreking van het therapieprogramma, waar meerdere vaktherapeuten tegenaan lopen zijn afspraken (onder het therapieprogramma) die cliënten hebben met behandelaren. Mw. Van Os merkt dat het programma vaak doorkruist wordt door afspraken die cliënten hebben bij de arts, bij de psycholoog of fysiotherapeut etc. Zelf geeft zij de SOVA training en ze merkt dat het niet constructief is als iemand er de ene keer wel bij is en de andere keer niet (5.9.B.1.1.). Ook komt het voor dat cliënten halverwege de therapie het programma uit moeten lopen. Eigenlijk zitten ze dan helemaal niet in de therapie omdat ze alleen maar bezig zijn met op de klok kijken wanneer ze weg moeten gaan. Dan is er geen volledige aandacht voor de therapie (5.9.B.1.2.). Soms krijgt Mw. van Os het gevoel dat behandelaren niet in de gaten hebben dat er meer is dan bijvoorbeeld het gesprek met de dokter (5.13.B.1.2.). Een ideale situatie zou zijn als artsen, psychologen, etc. afspraken om de therapie heen zouden plannen, omdat vaktherapeuten er echt last van hebben (5.13.B.1.1.). Terecht merkt mw. Langendoen op dat dit natuurlijk lang niet altijd kan. Toch merkt ook zij op dat het wel fijn zou zijn als verschillende behandelaren er, al is het maar een beetje, rekening mee zouden houden dat cliënten niet constant uit het therapieprogramma gehaald moeten worden voor een gesprek (4.12.B.1.1.). Vaktherapeuten krijgen doordat dit soort situaties zich voordoen soms het gevoel dat er te weinig credits zijn voor alle goede dingen

die de vaktherapie doet. Mw. Langendoen heeft wel een idee waardoor dit komt: 'Omdat we niet evidence based' zijn (4.13.B.1.1.).

Ook geven verschillende vaktherapeuten aan dat ze last hebben van tijdgebrek. Ze zouden graag langere tijd therapie geven achter elkaar zodat ze ook aan grotere projecten kunnen werken met cliënten. Nu kunnen cliënten bijvoorbeeld haast niet aan een groot schilderij beginnen omdat ze na een uur weer moet stoppen en alles moeten opruimen (4.9.B.1.1.). Meer over tijdgebrek en de wensen van de vaktherapeuten omtrent dit onderwerp wordt besproken bij deelvraag C, onder *'praktische wensen omtrent de vormgeving van het weekprogramma'*.

Dhr. Steenbeek geeft nog een ander voorbeeld waar cliënten last van kunnen hebben in de roostering van het programma. Hij mist de compactheid in het rooster. Hij ziet bij cliënten dat er ontevredenheid ontstaat op het moment dat cliënten aan het begin van de dag en aan het eind van de dag therapie hebben en daartussen verder niets. Hij vertelt er wel bij dat deze situatie zich maar bij een miniem aantal groepen voordoet, maar dat het wel een probleem kan vormen (6.8.B.1.1.).

Zoals hierboven genoemd zijn er een aantal onderbrekingen van het therapieprogramma, die door cliënten en vaktherapeuten als niet constructief ervaren worden. Ten eerste dat niet alle cliënten het volledige basisprogramma volgen door verplichtingen die ze thuis hebben. Daarnaast het parallel lopen van een aantal therapieën, waardoor cliënten in ieder geval één van de twee therapieën missen. Ook komen er vaak afspraken met behandelaren tussen het therapieprogramma door, waardoor cliënten soms maar een half uur of soms helemaal niet aanwezig zijn bij de therapie, of als ze er wel zijn, in hun hoofd alleen maar bezig met de afspraak die ze later hebben, of het gesprek wat ze net gehad hebben. Vaktherapeuten hebben last van tijdgebrek waardoor ze niet aan alle projecten toekomen die ze misschien anders wel zouden willen doen met cliënten. En als laatste mist de compactheid in het rooster af en toe wel eens waardoor cliënten geïrriteerd raken omdat ze heel lang moeten wachten op hun therapie.

B.2. Plaats van de doelen binnen de vaktherapie

Het zo efficiënt mogelijk invullen van de vaktherapie in het weekrooster heeft tot doel dat de behandeldoelen behaald kunnen worden. Er wordt eerst gekeken naar welke plaats de doelen innemen binnen de vaktherapie.

Behandeldoelen en weekdoelen

Aan het begin van de behandeling van een cliënt worden de behandeldoelen opgesteld. Dit zijn grote doelen die in theorie behaald moeten zijn aan het eind van de behandeling. Deze doelen staan in het elektronisch patiënten dossier (EPD) van cliënten. Daarnaast maken de cliënten in de doelengroep elke week een persoonlijk doel onder leiding van verpleegkundigen (1.10.B.1.2.). Deze doelen worden in hun doelenboekje geschreven (1.13.B.2.1.). In de vaktherapie wordt er weinig van gemerkt dat cliënten gebruik maken van hun doelenboekje (5.6.B.2.3.). Vaktherapeuten komen deze doelen vaak niet te weten, tenzij ze deze zelf bij de verpleegpost navragen (4.3.B.2.3.). Mw. Langendoen vertelt dat zij ook wel eens aan de groep zelf vraagt wat hun doelen zijn, maar dat ze dat dan vaak niet meer weten (4.3.B.1.1.). Daarnaast, aldus Mw. van Os, noemen de cliënten soms liever hun doelen niet bij de vaktherapie omdat dat betekent dat ze 'aan de bak moeten' en dat liever alleen bij de doelengroep doen (5.6.B.1.3.).

Het is belangrijk dat er in de vaktherapie ook met doelen wordt gewerkt. Dit omdat de verpleegkundigen en de behandelaren op een bepaalde manier naar de behandeldoelen kijken, maar de vaktherapeuten kijken erdoor een andere bril naar en kunnen dan op hun eigen manier aan de slag met een bepaald doel (1.15.B.1.1.). Daardoor wordt er zo effectief mogelijk gewerkt (1.15.B.1.3.).

Er zijn dus twee soorten doelen: De behandeldoelen, die in het dossier staan en de weekdoelen die cliënten zelf maken onder begeleiding van een verpleegkundige en die in hun doelenboekje staan.

Doelen waarmee gewerkt wordt in de vaktherapie

“Vaktherapie werkt met van te voren vastgestelde doelen.” (N.N., 2007). Doelen zijn heel belangrijk in de vaktherapie. Naar aanleiding van doelen worden opdrachten gegeven in de vaktherapie. Vaktherapeuten hebben een aantal voorbeelden gegeven van doelen die cliënten kunnen hebben waarmee zij aan de slag gaan in de vaktherapie: structuur bieden, affect ontwikkelen, omgaan met emotie, leren samenwerken (2.6.B.2.1.), het uiten en herkennen van emoties (4.6.B.2.1.), leren concentreren, doorzetten, hoe ga ik om met fouten maken? (4.6.B.2.4.), werken aan belemerende gedachten (4.6.B.2.5.), omgaan met boosheid (6.6.B.2.1.), frustratietolerantie in z’n algemeenheid (6.6.B.2.2.), exposure ten aanzien van angstklachten (6.6.B.2.3.), uitbreiden van vaardigheden, mogelijkheden (6.6.B.2.4.), werken aan activering, weer in beweging komen (6.6.B.2.5.), en ontspanningsoefeningen doen (6.6.B.2.6.).

Vaktherapeuten niet op de hoogte van de doelen

Mw. Jansen vindt het heel jammer dat iedereen gewoon precies hetzelfde programma moet doen, ook als dit soms niet helemaal, of soms zelfs helemaal niet aansluit bij wat die cliënt wil of bij de doelen die hij heeft (1.9.B.1.1.). Ook daarom is het heel belangrijk om als vaktherapeut op de hoogte te zijn van de doelen van cliënten, zodat je meer zorg op maat kunt leveren. Dhr. Steenbeek geeft aan dat hij het belangrijk vindt om te weten met welke hulpvraag iemand binnenkomt en wat zijn therapiedoel is (6.6.B.1.2.). Mw. Jansen vertelt dat de behandeldoelen in het behandelplan staan dus dat elke vaktherapeut die gewoon kan inzien en op de hoogte kan zijn van ieders doelen (1.10.B.1.1.). Zij gaat er ook vanuit dat iedereen op de hoogte is van alle doelen van de cliënten (1.10.B.2.3.). Toch zijn vaktherapeuten lang niet altijd op de hoogte van de doelen van cliënten (3.6.B.2.1.). Ze weten wel ongeveer waar een cliënt zit in de behandeling, maar ze weten niet specifiek een leerdoel of hulpvraag van de cliënt (6.6.B.1.1.). En dat terwijl vaktherapeuten aangeven dat ze zowel van de grote behandeldoelen als de persoonlijke weekdoelen op de hoogte zouden willen zijn (5.7.B.2.1.).

In theorie zijn er verschillende manieren waarop vaktherapeuten een behandeldoel te weten kunnen komen. Voor een deel kunnen ze dit uit het intake rapport halen. Voor een deel horen ze het van de cliënten zelf, uit de verhalen die ze vertellen. Ook horen bij de behandelplanbespreking de doelen te worden besproken. Soms worden vaktherapeuten ook benaderd door verpleegkundigen die hen vertellen welk doel een cliënt heeft. Daarnaast komen er ook nog wel eens cliënten zelf vragen of ze aan een bepaald doel kunnen werken. (5.6.B.2.2.). Ook kunnen vaktherapeuten de doelen in het EPD van cliënten opzoeken (6.6.B.2.8.), maar door tijdgebrek gebeurt dit vaak niet. Daarnaast weten ook niet alle vaktherapeuten waar ze de doelen precies moeten vinden (3.6.B.1.3.).

Ergens gaat het mis, aangezien de teamleider denkt dat alle vaktherapeuten op de hoogte zijn en de vaktherapeuten aangeven dat ze de doelen juist missen.

Er zijn een aantal redenen dat de vaktherapeuten niet op de hoogte zijn van de doelen.

Mw. Daelmans vertelt dat vaktherapeuten soms mensen zien die ze haast niet kennen die ze dan toch therapie moeten geven. Als de therapeuten aan veel groepen therapie moeten geven is er weinig tijd om achter de computer te gaan zitten en dossiers door te lezen en er is er voor hen ook weinig tijd om bij de verpleegpost langs te gaan voor overdracht. En die tijd wordt alleen maar schaarser door de bezuinigingen. Het is duidelijk dat er efficiënter gewerkt moet gaan worden. De vaktherapeuten zouden graag willen dat er in één overzicht te zien is wat alle doelen zijn van alle cliënten in plaats van dat een therapeut alle dossiers door moet gaan lezen om achter ieders doel te komen. Daar is gewoon geen tijd voor (3.8.B.1.1.).

Tijdgebrek is één van de voornaamste redenen dat de vaktherapeuten niet goed aan de slag kunnen met de doelen van de cliënt. Daarnaast zijn er nog twee belangrijke oorzaken die hieronder besproken worden.

Behandelplanbespreking

Eén van de redenen dat doelen niet tot zijn recht komen bij de vaktherapie is dat vaktherapeuten aangeven dat de doelen niet concreet genoeg terugkomen in de behandelplanbespreking. Nu er een kortere opnameperiode is, is het ook lastiger om de doelen uitgebreid te bespreken voor er aan de slag wordt gegaan met de doelen. Er is een afspraak dat er een behandelplanbespreking gepland wordt in de eerste week van de opname. Dan vindt er voornamelijk een introductie van de cliënt plaats. Er wordt dan afgesproken welke bejegening de cliënt nodig heeft. Daarna wordt er gekeken naar het doel van de opname. In de volgende week wordt er besproken hoe de eerste week verlopen is en welke afspraken er nog gemaakt moeten worden. De twee weken erna moet men al weer bijna een bespreking plannen omdat dan de opnametijd er al weer bijna op zit, vertelt Teamleider Jansen (1.8.B.2.1.). Of de doelen op dit moment genoeg aan bod komen binnen de behandelplanbespreking is maar de vraag. Mw. Daelmans vindt dat ze niet echt terugkomen in de behandelplanbespreking (3.6.B.1.3.). Ook Mw. Sanders is het daar mee eens (2.6.B.2.4.). Zij vertelt dat de behandelplanbespreking veel meer gaat over de voortgang van de behandeling en over de bejegening (2.6.B.2.5.). Mw. Jansen vertelt dat de verpleegkundigen in de behandelplanbespreking wel vertellen als zij persoonlijke doelen hebben opgesteld met de cliënten. Toch geven de vaktherapeuten aan dat de doelen in de behandelplanbespreking over het algemeen niet helder genoeg naar voren komen (2.6.B.2.6.), of dat de doelen te breed en abstract zijn (1.10.B.2.1.). Daarover is hieronder meer geschreven.

In de behandelplanbespreking komen de doelen dus niet duidelijk genoeg naar voren. Er worden wel eens doelen besproken, maar dit gebeurt niet consequent en duidelijk genoeg voor de vaktherapeuten om er mee aan de slag te kunnen.

Behandeldoelen te abstract

Een andere reden dat doelen niet tot hun recht komen bij de vaktherapie, geven verschillende vaktherapeuten aan, is omdat de behandeldoelen en daarmee ook de hulpvraag van de cliënt te abstract is, te algemeen. Waar vaktherapeuten tegenaan lopen is dat ze uit het algemene doel, wat een breed omschreven doel is, zelf nog een concreet doel moeten maken wat ze kunnen inzetten voor de vaktherapie. Ze moeten zelf nog een

vertaalslag maken, zegt Dhr. Steenbeek (6.6.B.1.3.). Mw. van Os stemt hiermee in door te zeggen dat ze het erg lastig vindt om met een behandeldoel concreet aan de slag te gaan binnen de vaktherapie (5.6.B.1.2.). Ook Mw. Langendoen vindt de behandeldoelen te abstract om er binnen de vaktherapie mee aan de slag te gaan (4.6.B.2.3.). Nieuwenhuis (2010) zegt hierover het volgende: “Doelstellingen worden vaak te vaag en vrijblijvend geformuleerd als wensen, intenties, of goede voornemens. Om succesvol leiding te geven moet je zoveel mogelijk SMART doelen stellen.” Persoonlijke doelen die cliënten hebben, sluiten daarentegen juist makkelijk aan binnen de vaktherapie, omdat dit meestal kleinere en persoonlijker doelen zijn (6.6.B.2.7.). Dit zijn doelen die cliënten zelf maken, bijvoorbeeld bij de doelengroep. Mw. van Os geeft een aantal voorbeelden van behandeldoelen waarmee wel gewerkt kan worden bij de vaktherapie: Vergroten van sociale vaardigheden, ontwikkelen van dagbesteding, rouwverwerking, bepaalde fysieke vaardigheden uitbreiden, groei van zelfvertrouwen en leren samenwerken (5.6.B.2.1.). De behandeldoelen en de hulpvraag zijn dus meestal te groot en te abstract. Vaktherapeuten vinden het moeilijk om deze te gebruiken binnen de vaktherapie. De kleine, persoonlijke doelen sluiten wel beter aan bij de vaktherapie.

Deelvraag C

Wat zijn de wensen en verwachtingen van betrokken partijen ten aanzien van de roostering van de vaktherapie binnen het weekprogramma?

Inleiding op de deelvraag

Wanneer gekeken wordt naar het zo efficiënt mogelijk gestalte geven aan het weekprogramma van de vaktherapie is het belangrijk dat er wordt gekeken naar wat de betrokken partijen graag zouden willen zien als het gaat om dit programma. In deze deelvraag wordt ingegaan op deze wensen en verwachtingen. Zowel de vaktherapeuten, de teamleider als de cliënten van Unit D en E van de Riethorst zullen hiervoor aan het woord komen om een realistisch beeld te kunnen schetsen van wat ieder van hen belangrijk vindt aangaande het weekprogramma. De vaktherapeuten werken volgens het weekprogramma, wat hun mening hierover erg relevant maakt. Voor de teamleider is het belangrijk dat het programma efficiënt en realiseerbaar is in combinatie met de andere disciplines. De mening van de cliënten is belangrijk omdat zij aan kunnen geven wat voor hen helpend is aangaande therapie als het gaat om het behalen van hun doelen die opgesteld zijn ter bevordering van herstel.

C.1. Verwachting hulpverleners

Allereerst wordt ingegaan op de verwachtingen van de hulpverleners. Onder de hulpverleners wordt verstaan de teamleider van Unit D en E en de vaktherapeuten creatieve therapie, muziektherapie, activiteitentherapie en PMT.

Praktische wensen omtrent de vormgeving van het weekprogramma

Als het gaat om de wensen van de hulpverleners over het invullen van het weekprogramma gaan er verschillende geluiden op. Allereerst horen we van verschillende kanten dat de vaktherapeuten graag genoeg tijd willen hebben voor een groep zodat ze ook de tijd hebben om met hen de diepte in te gaan. Creatief therapeut mw. Sanders geeft aan dat een uur therapie met unit E echt niet genoeg is. In het huidige rooster heeft zij een uur en een kwartier voor deze groep en dat gaat net (2.7.C.1.1.). Het liefst zou ze nog iets langer de tijd hebben voor de groep zodat ze inhoudelijk wat verder kan gaan. Volgens haar is een langere tijd achter elkaar helaas momenteel niet mogelijk omdat de groep op vaste tijden koffie en lunch pauze heeft en de therapie dan afgelopen moet zijn (2.4.C.1.1.).

Ook muziektherapeut mw. Langendoen herkent dit dilemma. Zij geeft aan dat ze het redt om haar programma invulling te geven wanneer ze een uur de tijd heeft, maar dat ze dan wel aan het einde vaak wat aan het afraffelen is (4.7.C.1.2.) Voor haar zou het dan ook veel prettiger zijn wanneer ze anderhalf uur de tijd zou hebben bij groepen van Unit D en E. Zo heeft ze net even die extra tijd om de cliënten zelf te laten nadenken en te spiegelen en het daarna nog na te bespreken (4.7.C.1.1.). Zij zou graag zien dat het rooster wat flexibeler wordt wat maakt dat er wat meer ruimte ontstaat om therapie af te maken wanneer hier nog tijd voor nodig is (4.13.C.1.2.). Psychomotorisch therapeut dhr. Steenbeek heeft ook last van tijdgebrek. Hij geeft aan de groep zeker twee maal per week te moeten zien om hen te kunnen observeren en passende therapie aan te kunnen bieden (6.7.C.1.1.). In gedrag zie je

volgens hem het probleem terug. Ongeacht of je weet of die cliënt een hulpvraag heeft kan hij toch met hen werken, als hij maar voldoende tijd krijgt om hen te observeren en in te haken op zichtbaar gedrag (6.7.C.1.2.).

Ook uit het Beroepscompetentieprofiel van GZ-vaktherapeuten komt naar voren dat de afgebakende tijdsgrenzen problemen kunnen geven in de therapie. Hierin staat beschreven dat cliënten het meeste baat hebben met vaktherapie wanneer ze het therapeutische proces ervaringsgericht doorlopen. Echter, ervaringsgericht leren kost veel tijd, zeker bij complexe problematiek. Dit vraagt een voortdurend schakelen tussen het tijdschema en het gekaderde behandelplan en het proces van de cliënt (Rentenaar, 2012).

Dhr. Steenbeek zou in het weekprogramma van de vaktherapie graag meer parallellen zien tussen het programma op de verschillende dagen van de week. Daardoor zou het programma meer structuur krijgen waardoor de cliënten weten op welke momenten van de dag ze therapie hebben (6.13.C.1.2.). Het lijkt hem prettig voor de cliënten wanneer ze weten dat ze bijvoorbeeld elke dag om 9.30 uur beginnen met een programmaonderdeel (6.13.C.1.3.). Dit geeft ritme en structuur waardoor de cliënten precies weten waar ze aan toe zijn. Op dit moment is het therapieprogramma per dag verschillend qua tijd en invulling waardoor soms onduidelijkheden ontstaan. Het liefst zou hij deze parallel niet alleen zien in de tijdsinvulling van het weekprogramma maar ook in thema's die door de week heen steeds kunnen worden meegenomen in de verschillende therapieën en zo ook herkenbaar zijn voor de cliënten (6.13.C.1.4.). Wanneer deze vaste thema's mee worden genomen in de verschillende therapieën is er ook meer samenhang tussen de verschillende disciplines en weten de cliënten ook beter waar ze aan werken volgens hem (6.13.C.1.5.) en wordt het herkenbaar en gemakkelijk te onthouden (6.13.C.1.6.).

Dhr. Steenbeek geeft aan dat het volgens hem beter zijn wanneer het rooster meer compact wordt gemaakt zodat er geen gaten in vallen. Hij zou liever zien dat het programma aansluitend is en dan eerder in de middag afgelopen is dan dat er verdeeld over de dag elke keer een uur therapie is (6.8.C.1.1.).

Wanneer er wordt gekeken naar een reeks van therapieën achter elkaar moet er volgens de respondenten wel rekening worden gehouden met de intensiviteit van de therapieën. Mw. Jansen wijst er op dat het belangrijk is niet twee of drie erg intensieve therapieën achter elkaar te plannen (1.3.C.1.1.). De spreiding over de dagen is in haar ogen heel erg belangrijk (1.5.C.1.2.). Ook mw. van Os legt de nadruk op het spreiden van de verschillende therapieën. Volgens haar is het van groot belang dat de ontspannende onderdelen ingepland worden tussen de onderdelen die erg veel van de cliënten vragen zowel emotioneel als qua concentratie (5.12.C.1.1.).

Naast het spreiden van de verschillende therapieonderdelen zijn er ook therapeuten die last hebben van de dubbele planningen binnen het programma. Zo lopen bepaalde therapie onderdelen parallel aan populaire facultatieve programmaonderdelen. Voor de therapeuten is het lastig voor het opbouwen van een band met de groep wanneer de aanwezigheid van cliënten zo onzeker is (2.9.C.1.1.). Voor het opbouwen van die band is het volgens de therapeuten belangrijk om de cliënten toch zeker ten minste twee keer per week te zien, zeker nu de opnames in de grote lijn korter worden en zo ook het therapie-proces (2.7.C.1.4.).

Om dezelfde redenen doet het ook af aan de kwaliteit van de therapie wanneer er afspraken met artsen of maatschappelijk werk worden gepland halverwege een vaktherapeutisch onderdeel (4.12.C.1.1.). Wanneer cliënten halverwege de therapie moeten verlaten voor een afspraak zijn ze daarvoor ook maar half aanwezig omdat ze voornamelijk oog hebben voor de klok en minder voor de therapie waardoor deze minder kan toevoegen aan de behandeling.

Een andere wens die mw. Jansen heeft is dat er uitleg wordt gegeven over de therapie aan de cliënt. Volgens haar is het belangrijk dat wanneer een cliënt voor het eerst bij een vaktherapie komt, de therapeut uitleg geeft over deze therapie en wat die cliënt specifiek kan halen bij deze therapie om onduidelijkheid en verwarring te voorkomen en zodat er ruimte is voor vragen (1.15.C.1.1.).

Therapie op maat

Wanneer gesproken wordt over ‘zorg op maat’ gaat het om het aanbieden van zorg wat past bij de vraag van de cliënt. Het gaat om de situatie en de doelen van de cliënt en dus niet om een standaard aanbod wat van de instelling uitgaat (Brandsma, 2007).

Vanuit deze visie op zorg willen de hulpverleners bij de Riethorst ook graag vorm geven aan de vaktherapie. Mw. Jansen zou graag zien dat cliënten een modulair aanbod van therapieën krijgen (1.9.C.1.2.). Op deze manier kunnen cliënten geïndiceerd worden voor verschillende therapieën die aansluiten bij de zorg die zij nodig hebben en die naar voren komen in hun doelen (1.9.C.1.1.). Volgens haar is er qua doelgericht klinisch opnemen veel winst te behalen wanneer er per cliënt wordt gekeken welk aanbod het beste past bij de doelen en welke modules daar bij aansluiten (1.15.C.1.3.). Iedere cliënt heeft baat bij een andere vorm als het gaat om daginvulling en therapie. Volgens creatief- en activiteiten therapeut mw. Daelmans zullen sommige cliënten juist ontregelen bij een erg vol, en anderen eerder bij een erg geminimaliseerd therapie programma. Voor sommige cliënten zijn de rustmomenten juist ook erg belangrijk. Hier moet rekening mee worden gehouden in het samenstellen van een weekprogramma (3.12.C.1.1.).

Wanneer er gekeken wordt naar dergelijke indicaties is de meest ideale situatie dat verschillende disciplines worden betrokken bij het samenstellen van een persoonlijk programma. Wanneer zowel de eerst verantwoordelijk verpleegkundige als de behandelaar en de vaktherapeut hierin kunnen bijdragen zal dit programma waarschijnlijk het beste aansluiten bij de doelen van de cliënt (5.11.C.1.1.). Uiteraard is het ook belangrijk dit te doen in overleg met de cliënt die uiteindelijk het programma moet volgen. De cliënt moet gemotiveerd zijn voor het therapieprogramma en daarom is het belangrijk dat hij inspraak heeft in het samenstellen hiervan (6.12.C.1.1.).

Stuk voor stuk geven alle hulpverleners aan het liefst op deze manier in ieder geval gedeeltelijk een modulair programma aan te willen bieden waarop cliënten aan de hand van hun behandeldoelen geïndiceerd kunnen worden (5.13.C.1.1.). Zorg op maat is een thema wat erg leeft binnen het team van de vaktherapeuten en het andere personeel op de Riethorst (4.13.C.1.1.). Maatwerk is iets waar de vaktherapeuten wel op aan willen gaan sturen (6.5.C.1.1.). Toch willen de therapeuten het basisprogramma ook niet helemaal van de hand doen. In hun ogen is het maatwerk van de indicaties zeer goed te combineren met een vast basisprogramma waaraan iedereen deelneemt (2.8.C.1.1.). In hoeverre er moet worden gewerkt met een basisprogramma en hoe groot het gedeelte moet wat bestaat uit modules blijft een spanningsveld. Enerzijds biedt het programma met de vertrouwde groep

een basis waarin cliënten relatief eenvoudig instromen (6.5.C.1.2.), maar aan de andere kant willen de therapeuten ook graag dat het weekprogramma zo veel mogelijk aansluit bij wat nodig is bij het ziektebeeld van de cliënt en wat helpt bij het behalen van de doelen (6.4.C.1.3.).

Mw. van Os geeft als voorstel het liefst in de morgen vaste onderdelen te willen hebben waaraan de hele groep deelneemt als basisprogramma. In de middag zouden er dan modules worden gegeven waar de verschillende cliënten voor kunnen worden geïndiceerd (5.9.C.1.1.). Deze modules kunnen dan uitgaan van de verschillende zorgprogramma's die al bestaan binnen de instelling (6.4.C.1.2.). Zo sluit de Running therapie die nu al op de Riethorst gegeven wordt door de PMT-ers, goed aan bij mensen met een depressie (6.4.C.1.1.).

De meningen zijn verdeeld of deze indicatieonderdelen verplichte onderdelen of facultatieve onderdelen moeten worden. Enerzijds is het voor de cliënt zelf goed om mee te denken wat hij zelf denkt dat het beste past bij de doelen die hij oogt te behalen. Anderzijds is het voor sommige cliënten belangrijker om het therapieprogramma aan hen op te leggen (2.8.C.1.3.). Met sommige cliënten kunnen de hulpverleners in gesprek gaan om samen tot een goed compromis te komen, met anderen is dit overleg wat minder goed mogelijk doordat ze een vertekend beeld hebben van hun toestand (2.8.C.1.4.). De mogelijkheid om te kunnen onderhandelen blijkt vaak wel prettig te zijn in de groepen. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om een aantal verplichte onderdelen en een aantal niet-verplichte onderdelen te maken (2.8.C.1.2.).

Klinisch traject ambulant voortzetten

Vanuit de hulpverleners wordt het idee om via indicaties modulair te gaan werken een warm hart toegedragen. Deze modules zouden in de kliniek op de afdeling gestart kunnen worden ter bevordering van het herstel van de cliënt en om zo efficiënt mogelijk te kunnen werken aan zijn doelen. Maar botst dit idee niet met de in deelvraag A beschreven kortere klinische opnames? Uit onderzoek blijkt dat een belangrijk nadeel van modulair werken bij de vaktherapie is, dat een klinische setting vaak meer flexibiliteit vereist dan de module kan bieden (Bersée, 2009). Daarmee wordt bedoeld dat opnames vaak niet lang genoeg zijn om een module af te maken. Zo is een module maar zo flexibel als de opname lang is.

Teamleider mw. Jansen ziet daarin nog wel andere mogelijkheden. Zij zou graag zien dat wanneer de cliënt met ontslag gaat, hij de module die hij klinisch gestart is poliklinisch af kan maken in de bestaande groep (1.16.C.1.1.). Zo zouden de modules wel afgerond kunnen worden maar kunnen opnames toch kort gehouden worden. Dit zou juist weer goed aan sluiten bij het integraal werken, wat één van de acht kernpunten is van 'Welzijn Nieuwe Stijl' waar samenwerken en afstemming erg belangrijk in zijn. (Programma welzijn nieuwe stijl, 2011). Integraal werken binnen de Riethorst zou optimaal ingezet kunnen worden door een goede samenwerking tussen het FACT-team en het klinische team. Ook mw. van Os vindt deze manier van het ambulant vervolgen van een module een goed idee (5.8.C.1.1.). Ze geeft aan dat cliënten na het ontslag vaak nog thuis begeleiding krijgen om het klinische traject zo goed mogelijk af te ronden. Dit zou volgens haar goed te combineren zijn met het afronden van een intern opgestarte module (5.8.C.1.2.).

Behandeldoelen

Bij het bespreken van de modules is al aangegeven dat het erg belangrijk is dat deze gekoppeld worden aan de doelen van de cliënt. Deze doelen zouden de basis moeten zijn

van de indicaties die de cliënten van unit D en E kunnen krijgen. Echter, uit deelvraag B blijkt dat de doelen helemaal niet zo bekend zijn onder de vaktherapeuten. Ook hier liggen wensen vanuit de therapeuten. Mw. Daelmans geeft aan dat ze graag wil bijdragen aan het werken aan de doelen van de cliënten. In haar ogen kunnen de therapeuten, zelfs wanneer ze de groep maar eens per week zien, toch aan de doelen van de cliënten werken als deze maar goed bekend zijn en iedereen weet waar ze te vinden zijn (3.7.C.1.1.). Ook muziektherapeut mw. Langendoen geeft aan graag aan de hand van de hulpvraag van de cliënt te willen werken. Volgens haar geeft dit een wenselijke, hoewel aanzienlijke verandering in verhouding tot hoe er nu gewerkt wordt (4.12.C.1.2.). In haar ogen zijn de doelen die in het behandelplan staan en bij de behandelbespreking worden afgesproken veel te groot om concreet te gebruiken bij de therapie. Zij zou graag wat concretere, kleinere doelen zien waar cliënten mee bezig zijn (4.12.E.1.2.). In de doelengroep die de groepen elke week hebben als programma onderdeel worden deze doelen besproken. Hier worden kleine, behapbare doelen opgeschreven in hun persoonlijke doelenboekje waarmee ze de komende tijd aan de slag kunnen. Mw. Langendoen zou graag zien dat dit boekje mee wordt genomen naar de therapie zodat daar op kan worden afgestemd en ze kunnen worden toegepast op het desbetreffende onderdeel. Dit geeft ook weer een rode draad door de behandeling (4.12.C.1.4.).

Ook mw. Jansen geeft aan dat ze het belangrijk vindt dat de vaktherapeuten aansluiten bij de vraag van de cliënten (1.5.C.1.1.). Zij geeft aan dat de verpleegkundige aan het begin van de opname doelen opstelt met de cliënt die behaald moeten worden voor de cliënt weer naar huis kan gaan (1.13.C.2.1.). Deze doelen zouden ook mee moeten worden genomen bij de vaktherapeutische onderdelen van het weekprogramma.

Hiervoor is het wel belangrijk dat de vaktherapeuten op de hoogte zijn van de doelen. Mw. van Os geeft aan het liefst meteen aan het begin van de behandeling op de hoogte te worden gesteld van de doelen van de opgenomen cliënt zodat ze snel hierop in kan springen en optimaal kan investeren in de cliënt binnen de korte opnametijd (5.7.C.1.2.). Volgens haar kunnen de doelen het beste in het verpleegplan worden opgenomen onder een nieuw kopje vaktherapie (5.7.C.1.3.).

Mw. Daelmans wijst nog op een andere reden waarom het belangrijk is dat zij als vaktherapeut op de hoogte is van deze doelen. Wanneer zij de doelen kent kan zij ook met de desbetreffende cliënt over deze doelen in gesprek gaan. Dan kan zij uitleggen aan die cliënt dat zij een bepaalde activiteit aanraadt om te gaan doen die dag omdat het aansluit bij de doelen (3.7.C.2.1.). Mw. Jansen vindt dat hierin ook wel een verantwoordelijkheid ligt bij de vaktherapeuten zelf. Cliënten zijn volgens haar soms niet al te enthousiast over 'al dat geknutsel' bij bijvoorbeeld de activiteitentherapie. Wanneer echter een therapeut met zo'n cliënt in gesprek gaat over wat hij graag wil bereiken in de opname, waar zijn interesses liggen en hoe dit tot uiting kan komen in waar hij mee bezig gaat, zal volgens haar de cliënt al veel sneller gemotiveerd zijn (1.15.C.1.2.). In haar ogen zou het prettig zijn als er wat duidelijker met de cliënt wordt gecommuniceerd over wat zijn doelen zijn zodat dat helder is (1.15.C.1.4.). Mw. van Os denkt dat het voor de cliënten vooral belangrijk is dat wat ze doen binnen hun opname bijdraagt aan het oplossen van hun problemen (5.10.C.2.1.). Hier werken zij zelf aan door middel van de weekdoelen die ze opstellen bij de doelengroep (6.10.C.2.2.). Bij cliënten ligt de wens dat deze doelen mee worden genomen in de therapie en zo de therapie minder vrijblijvend wordt (E.E.5.C.2.3.). Graag willen zij meer vrijheid binnen de bestaande grenzen om bezig te zijn met hun eigen voorkeur en hun persoonlijke doelen (E.D.5.C.2.2.).

Onderlinge communicatie tussen de verschillende disciplines

Dat de vaktherapeuten op de hoogte willen zijn van de ontwikkelingen van de cliënt gaat verder dan alleen de doelen. Een andere belangrijke wens die bij hen naar voren komt is meer tijd en aandacht voor de overdracht. Mw. Sanders geeft aan dat het belangrijk is om in te kunnen springen op de actualiteiten in de groep. Een korte overdracht zou hier erg bij helpen (2.7.C.1.2.). Volgens haar hoeft dit niet lang te duren. Vijf á tien minuten voor en na de therapie spreken met de verpleging is in haar ogen al genoeg (2.7.C.1.3.). Mw. van Os wil dan ook de nadruk leggen op de snelle communicatie. Nu de opnames korter worden is het volgens haar van belang dat er snel gecommuniceerd wordt over de doelen en bijzonderheden zodat dit ook meteen mee kan worden genomen in de therapie (5.7.C.1.1.). Deze wens om op de hoogte te zijn van ontwikkelingen van cliënten kunnen volgens teamleider Jansen ook breder getrokken worden. Zij zou graag zien dat de vaktherapeuten buiten dat ze op de hoogte zijn van wat er gebeurt op de groep, ze ook op de hoogte zijn van wat er gebeurt in de zorg op macroniveau (1.7.C.1.1.). Omdat er zoveel veranderingen zijn is daar misschien wel scholing voor nodig (1.7.C.1.2.).

Naast dat de vaktherapeuten meer aandacht zouden willen voor het overleg rondom de therapie met de verpleegkundige zouden ze ook graag meer zicht willen hebben op de werkzaamheden van andere disciplines (4.14.C.1.2.). Dit kan de samenwerking volgens de vaktherapeuten bevorderen en hier is ook vraag naar (2.12.C.1.1.). Mw. Sanders vertelt dat ze het prettig zou vinden om beter samen te werken met bijvoorbeeld de psycholoog. Wanneer de psycholoog met de cliënt werkt aan het herstellen van ouder – kind contact zou zij daar als beeldend therapeut zeker ook aanvullend wat mee kunnen (2.12.C.1.2.). Mw. Langendoen vindt dat de therapie meer een geheel zou moeten zijn in plaats van allemaal losse onderdelen (4.8.C.1.2.). Zij ziet een kloof tussen de mensen die de hele dag op de groep staan en de vaktherapeuten. Ze zou hier graag meer binding en samenwerking zien ontstaan (4.8.C.1.1.).

C.2. Verwachting cliënten

Hieronder wordt verder ingegaan op hoe de cliënten graag zouden willen dat de vaktherapie vorm gaat krijgen binnen het weekprogramma van de Riethorst. Hier komen de cliënten aan het woord met hun persoonlijke wensen en verwachtingen aangaande de therapie binnen hun behandeling. Ook komen de vaktherapeuten aan het woord over de wensen en verwachtingen die zij signaleren bij de cliënten.

Positief bezig zijn heelt

Een van de cliënten van Unit D schreef onderaan zijn enquête dat hij bij de vaktherapie goed tot rust komt en herstelt en dat hij ook nog nieuwe talenten ontdekt (E.D.6.C.2.1.). Dit is een geluid wat bij veel cliënten te horen is. De meerderheid van de cliënten vindt de vaktherapieën erg belangrijk (Diagram 1, bijlage F). Veel van hen zoeken in de vaktherapie ontspanning en maar zeer weinig komen slechts naar de therapieën ‘omdat het moet’ (Diagram 2). Veel cliënten zijn bezig nieuwe talenten te ontwikkelen waar ze anders misschien wel nooit mee bezig zouden zijn (E.D.4.C.2. 2.). Wat cliënten erg waarderen is de ontspannen sfeer die er heerst bij de vaktherapie (E.D.4.C.2.1.)(E.E.4.C.2.2.) en de afwisseling tussen de verschillen de therapieën (E.E.4.C.2.1.). Cliënten ervaren de

vaktherapie als positief, en positief bezig zijn werkt helend en 82% van hen gaat dan ook graag zo veel mogelijk naar de therapie binnen zijn opname (Diagram 3). Overigens wordt dit ook herkend door de creatief therapeut. Volgens haar is het voor de cliënten belangrijk om een programma te hebben tijdens de opname. Ergens mee bezig zijn en iets om handen hebben is activerend en helpt richting herstel (2.14.C.2.1.). Tijdens een opname kan de nadruk erg liggen op de ziekte. Bij de vaktherapie worden juist ook de positieve krachten van de cliënt gestimuleerd zodat ook die aan het licht komen (2.14.C.2.2.). Deze draagkracht kan de cliënt ook verder helpen wanneer de opname afgerond is en hij thuis zijn leven weer verder op gaat pakken.

Modulair werken

Om op een zo prettig mogelijke manier de vaktherapie ingezet te zien, zijn niet alleen de hulpverleners positief over het modulair werken maar ook de cliënten. 64% van de cliënten van unit D en E wil het liefst dat de therapie zoveel mogelijk wordt afgestemd op de doelen waar zij aan werken, zelfs als dit betekent dat ze geen therapie kunnen krijgen in de vertrouwde groep. Slechts 27% van hen vindt het belangrijker om in de vertrouwde groep therapie te krijgen dan dat deze therapie afgestemd is op de persoonlijke doelen (Diagram 5). Over of men dan ook graag langer achter elkaar dezelfde therapie wil hebben verschillen de meningen. Er zijn evenveel cliënten die graag lange therapieën willen hebben als cliënten die liever meerdere korte therapieën op één dagdeel hebben (Diagram 4). Voor sommigen van hen zit de kracht in de variatie aan onderdelen (E.D.4.C.2.3.), terwijl anderen liever de rust van een wat minder dynamisch programma waarderen. Waarschijnlijk is het voor de cliënten prettiger wanneer het programma in dagdelen wordt opgedeeld. Hierdoor wordt een stuk rust in het programma ingebouwd en wordt het wat minder druk dan dat het nu is (4.9.C.2.1.).

Wat veel cliënten aangeven is dat het veel uitmaakt welke therapie ze hebben op welk dagdeel. Zowel op unit D als unit E wordt gezegd dat men het liefst activerende therapie heeft in de morgen (E.E.5.C.2.1.). Wanneer er 's morgens een activerend programma wordt aangeboden is het voor hen 's middags ook prettiger om gespreksonderdelen in het programma te hebben (E.E.1.C.2.2.).

De activiteitentherapeut herkent het hier boven staande van de cliënten van unit D en E. Volgens haar heeft dit te maken met de verschillende doelen. Zijn behandeldoelen activerend, dan is het belangrijk dat de cliënten ook de kans krijgen hier mee aan de slag te gaan binnen activerende onderdelen in het programma (3.10.C.2.2.). Daarnaast hebben cliënten van Unit D, die vaak een psychotische kwetsbaarheid hebben, weinig behoefte aan gespreksonderdelen en veel meer aan bijvoorbeeld de Running, terwijl bij Unit E, waar veel cliënten persoonlijkheidsproblematiek hebben, de behoeften juist meer liggen bij gespreksonderdelen. Wanneer deze groepen samen therapie zouden krijgen maakt dat Unit D wel erg kwetsbaar bij de gespreksonderdelen (3.10.C.2.2.). Vanuit dit gezichtspunt is het ook belangrijk de cliënt te beschermen en hem niet deel te laten nemen aan therapieën waar hij niet past.

Dit zou bijvoorbeeld te realiseren zijn door een basisprogramma te hebben voor iedere groep met daarnaast nog ruimte voor indicatieonderdelen (6.10.C.2.1.). Naast dat er moet worden gekeken naar de doelen bij het indiceren, moet er ook goed worden gekeken naar waar de cliënt affiniteit mee heeft. Is dat met creativiteit zal de cliënt extra activiteitentherapie moeten krijgen, is dat met sport zou hij meer PMT moeten krijgen om zo

ook toe te komen aan hun wensen en behoeften (6.12.C.2.1.). Sommige cliënten hebben bijvoorbeeld weinig met creativiteit maar halen veel meer uit sport of juist weer andersom. Er moet met een bredere blik worden gekeken om op deze manier een zo breed mogelijk programma aan te bieden wat aan kan sluiten bij de cliënten (3.10.C.2.1.).

Overzichtelijke therapie

De vaktherapeuten zelf geven aan dat het voor de cliënten ook prettig zou zijn wanneer er wat meer overzicht voor hen zou zijn. In hun werk merken ze wel eens verwarring bij de cliënten op. Er zijn veel verschillende vaktherapeuten die allemaal net weer iets anders met hen doen. Het is voor de cliënten prettiger wanneer ze meer vaste gezichten te zien krijgen waar ze een band mee op kunnen bouwen (2.13.C.2.1.). Ook is dit voor de cliënten overzichtelijker en geeft dit meer structuur (2.13.C.2.2.). Of dit in de praktijk haalbaar is blijft natuurlijk de vraag. Het voor de cliënt wel belangrijk om voldoende variatie in het programma van de vaktherapie te behouden. Veel variatie in het aanbod van therapieën maar een minimaal aanbod in de hoeveelheid therapeuten zou een ideale situatie zijn (3.9.C.2.1.). Zo heeft Unit E momenteel van drie therapeuten beeldende therapie. Ieder weer met een andere insteek, maar voor de groep is er soms te weinig onderscheid, wat voor verwarring zorgt en maakt dat ze met heel veel werkstukken tegelijk bezig zijn (2.13.C.2.3.). Dit laatste is ook erg lastig voor de cliënten wanneer ze door de kortere opnametijd vaak geen van al die werkstukken echt af krijgen. Daarnaast hebben de verschillende therapeuten ook allemaal hun eigen therapieruimte. Dit houdt in dat de werkstukken ook op verschillende plaatsen liggen en er dus alleen in die therapie aan gewerkt kan worden. Om dit te voorkomen nemen cliënten soms hun werkstukken mee naar hun kamer, zodat de werkstukken niet in een andere therapieruimte liggen wanneer zij bij therapie komen. Dit is voor de cliënten volgens heel onrustig en hierin valt volgens de vaktherapeuten nog wat te verbeteren (2.13.C.2.4.).

Werken aan de doelen

Niet alleen de hulpverleners willen graag meer aandacht geven aan de doelen binnen de vaktherapie, ook de cliënten geven aan dat het werken aan hun doelen de voornaamste reden is waarom zij naar de vaktherapie gaan (Diagram 2). Cliënten willen hier heel graag mee aan de slag, juist ook bij de vaktherapie. Zij zouden graag willen zien dat hun persoonlijke doelen meer naar voren komen in de therapie (E.E.1.C.2.5.). Op deze manier kunnen ze ook in de therapie aan hun eigen doelen werken (E.E.5.C.2.4.). Cliënten zouden ook graag inspraak willen hebben in het therapieprogramma (Diagram 5). Dit wordt onder de cliënten op dit moment nog wel eens gemist.

Volgens de muziektherapeut willen cliënten ook graag dat je van hun doelen op de hoogte bent, want dat is waar zij aan willen werken en waar ze gemotiveerd voor zijn, het is hun eigen vraag (4.12.C.2.1.).

Deelvraag D

Op welke manier wordt vaktherapie ingedeeld in weekprogramma's binnen de psychiatrische instellingen?

Inleiding op de deelvraag

In deze deelvraag wordt gekeken naar de invulling van de weekprogramma's in psychiatrische instellingen. Als het gaat over het weekprogramma wordt bedoeld de invulling van de dagen van de cliënten met het aangeboden programma op de afdeling. Er zal vooral ingegaan worden op de plaats van de vaktherapie in dit programma omdat dit in dit onderzoek het meest relevant is en omdat dit ook een groot gedeelte van het weekprogramma op de Riethorst omvat.

Als eerste wordt gekeken naar hoe het weekprogramma binnen de Riethorst is vormgegeven en wat de achterliggende gedachte hiervan is. Daarna wordt uitgediept hoe andere instellingen in Nederland hier invulling aan geven en wat de mogelijke verschillen zijn tussen hoe in de Riethorst gewerkt wordt en hoe men dat elders doet. Hierdoor worden de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende mogelijkheden qua roostering zichtbaar.

D.1. Binnen de Riethorst

In de Riethorst is er een bepaald therapieprogramma als invulling van de week in het kader van de behandeling van de cliënten van unit D en E. Hier wordt beschreven hoe dit programma is vormgegeven.

Het huidige therapieprogramma

Het therapieprogramma wat momenteel in de Riethorst wordt gehanteerd vindt zijn basis al tientallen jaren terug. In de loop van de tijd zijn er steeds wel kleine veranderingen doorgevoerd maar er is nooit een geheel nieuw programma gemaakt (5.4.D.1.1.). Er zijn verschillende roosters gemaakt voor unit D en E. Iedere dag beginnen ze beide met een vast moment, namelijk de dagstart om 9.15. Daarnaast zijn bij unit E vijftien verplichte therapieonderdelen van in de meeste gevallen één klokuur. Van deze vijftien therapieën maken er negen deel uit van de vaktherapie. Daarnaast zijn er nog vier onderdelen op indicatie. Cliënten kunnen hiervoor geïndiceerd worden aan de hand van hun behandelplan. De cliënten kunnen per week zelf beslissen of zij behoefte hebben aan deze therapie. Vijf van deze onderdelen buiten het basisprogramma zijn gerelateerd aan de vaktherapie. (Therapieprogramma unit E K6).

Unit D heeft iets minder therapieonderdelen in de week namelijk twaalf van meestal één klokuur waarvan acht vaktherapeutische onderdelen. Verder worden er nog zeven verschillende vaktherapeutische of aan vaktherapie gerelateerde therapieën aan deze groep gegeven waar niet iedereen aan deel neemt. Hiervan zijn er twee op indicatie en de overige vijf facultatief (Therapieprogramma unit D K5). Een gedetailleerde versie van deze therapieprogramma's is te vinden in de bijlagen.

In dit rooster is er rekening mee gehouden dat de cliënten elke dag een ongeveer gelijke invulling hebben. Belangrijk in het rooster is een evenwichtige en gelijkmatige verdeling van

de week (1.3.D.1.1.). Zo hebben de cliënten elke dag minimaal twee vaste therapieonderdelen waarbij gestreefd wordt naar in ieder geval één vaktherapie per dag (2.3.D.1.1.).

Op Unit E is de therapie vooral zo ingericht dat het de cliënten zelfinzicht geeft. Cliënten worden daar over het algemeen opgenomen naar aanleiding van hun persoonlijkheidsproblematiek en dit vraagt om een bepaald programma. Veel cliënten werken daar toe naar verwerking van ervaringen in het verleden en gedragsverandering. Een persoonlijk en reflectief programma is hierbij passend. Unit E heeft daarom ook meer gespreksonderdelen in vergelijking met unit D (4.3.D.1.2.). Op unit D daarentegen, zijn veel cliënten opgenomen met een psychotische kwetsbaarheid. Hulpvragen die men daar vaak heeft zijn gericht op activering en structuur in hun leven. Dit is waar de nadruk bij dit therapieprogramma voornamelijk ligt (3.4.D.1.1.). Om een voorbeeld te geven heeft unit E bijvoorbeeld twee maal per week creatieve therapie omdat hier wordt ingegaan op bepaalde thema's en deze ook uitgebreid worden nabesproken (3.3.D.1.1.) en is er bij unit D meer de nadruk op therapieën waar cliënten zelf geactiveerd worden (Therapieprogramma unit D K5).

Gedachtegoed achter het programma

Zoals eerder genoemd is de basis van het huidige programma in de Riethorst al tientallen jaren oud, maar het programma is nog nooit in zijn geheel opnieuw opgesteld. Dit heeft een reden. Iedere verandering, hoe klein dan ook, die doorgevoerd wordt op unit D en E in het rooster heeft grote gevolgen. Geen van de therapeuten werkt namelijk alleen voor deze units. Sommige onder hen werken zelfs niet alleen op de afdeling volwassenen maar ook op afdeling ouderen wat maakt dat een verandering in hun rooster automatisch gevolgen heeft voor bijna de hele Riethorst. Wanneer er op unit D en E uren worden gewisseld dwingt die actie de andere afdelingen ook om veranderingen door te voeren (5.4.D.1.1.). Om dit te voorkomen wordt er zo min mogelijk aan het rooster gesleuteld en worden er slechts kleine, overzichtelijke verandering doorgevoerd (5.4.D.1.2.).

Daarnaast moeten ook de werkdagen van de verschillende therapeuten meegenomen worden bij mogelijke veranderingen in het therapieprogramma. De meeste therapeuten werken niet fulltime wat maakt dat het therapieprogramma zo moet worden ingedeeld dat zij op de dagen dat ze wel werken hun therapieën kunnen geven (4.4.D.1.1.). Ook moeten deze therapeuten naast het geven van therapie bij verschillende vergaderingen zijn waardoor ze op bepaalde tijden ook geen therapie kunnen geven. Zo is er een rooster waarin beschreven is welke vaktherapeuten bij welke behandelplanbespreking aanwezig zijn om hun vakdiscipline te vertegenwoordigen. Hierbij wordt er naar gestreefd dat bij de behandelplanbespreking van elke unit op de Riethorst ten minste één vaktherapeut aanwezig is die de groep goed kent (1.12.D.1.1.). Bij de samenstelling van het rooster is het daarom ook belangrijk goed rekening te houden met de beschikbaarheid van de therapeuten (1.3.D.1.2.).

Een ander punt wat belangrijk is bij het samenstellen van een therapieprogramma zijn de vaste koffiemomenten, de lunch en het avondeten wat de groep op een bepaalde tijd geserveerd krijgt. Momenteel wordt er strak vastgehouden aan deze tijden die er dagelijks staan voor deze momenten. Onder het personeel van de Riethorst zijn de meningen verdeeld hoe strak hier aan vast gehouden moet worden bij het samenstellen van de

weekprogramma's van de units (2.4.D.1.1.). Enerzijds geven deze vaste tijden structuur op de afdelingen, anderzijds maakt het dat er soms te weinig tijd is voor een bepaald therapieonderdeel. Hierover is meer beschreven in deelvraag C bij 'Verwachting hulpverleners'.

Mogelijkheid tot combineren unit D en E

Eerder werd bij 'Het huidige therapieprogramma' al beschreven dat er verschil is in populatie tussen unit D en E en hoe dit leidt tot andere keuzes in het samenstellen van het therapieprogramma. Door de beddenreductie wordt er in het team wel eens nagedacht over de mogelijkheden rond het samenvoegen van unit D en E. Op de vraag of unit D en E samen therapie zouden kunnen krijgen als eventuele herziening van het weekprogramma is niet gemakkelijk antwoord te geven. De therapeuten geven zowel voor als nadelen hiervoor aan. Zo geeft een vaktherapeut aan dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vaak niet heel vriendelijk reageren op psychotische mensen omdat de kenmerken van de ziektebeelden in de praktijk wel eens botsen (5.11.E.2.1.). Unit D is, doordat veel cliënten psychotisch zijn, emotioneel erg kwetsbaar. Bij unit E echter hebben de cliënten over het algemeen een erg hoog EQ wat een tegenstelling geeft (5.11.E.2.3.). Dit kan veel problemen geven wanneer deze units toch samen therapie zouden volgen. Veel therapeuten geven daarom ook aan het niet voor zich te zien dat unit D en E samen therapie volgen (4.11.E.1.3.)

Toch is dit niet de enige kant van het verhaal. Ook al zien de therapeuten niet voor zich hoe de hele groepen van unit D en E samen therapie zouden krijgen, voor cliënten die een indicatie hebben voor een bepaald programma zien ze dat wel zitten (2.11.E.2.2.). Wanneer een bepaalde cliënt ergens voor geïndiceerd wordt, bijvoorbeeld voor SOVA-training, betekent dit dat deze cliënt hier iets kan leren passend bij zijn leerdoelen. Het maakt dan niet uit of de cliënt deel uit maakt van unit D of E omdat er een overeenkomst is doordat de cliënten dezelfde doelen hebben. Cliënten die een dergelijk onderdeel niet aan kunnen of er niet passen, zullen er ook niet voor worden geïndiceerd (5.11.E.2.2.). Het belangrijkste is, dat wanneer cliënten uit unit D en E samen therapie krijgen, zij wel dezelfde hulpvraag moeten hebben, waarbij dit therapieonderdeel aansluit (6.11.E.2.1.).

D.2. Andere instellingen

Naast het therapieprogramma van de Riethorst wordt in deze deelvraag ook ingegaan op het weekprogramma van andere vergelijkbare psychiatrische instellingen in Nederland. Voor dit onderzoek is gekeken naar de opnameafdeling Psychose van de UMCG, de winklerkliniek in Wolfheze, de PAAZ afdeling van het Lievenbergziekenhuis, PuntP van Arkin en de polikliniek persoonlijkheidsstoornis van GGZ inGeest. Hier worden de verschillen en overeenkomsten op dit gebied tussen de verschillende instellingen beschreven.

Indeling van de weekprogramma's van andere instellingen

Wanneer gekeken wordt naar andere psychiatrische instellingen zijn er in grote lijnen binnen de instellingen zelf, twee verschillende soorten manieren van het samenstellen van de weekprogramma's van de cliënten. Deze twee vormen worden hier beschreven.

Als eerste hebben sommige instellingen een algemeen rooster voor alle cliënten. Er zijn verschillende therapieën die ieder hun eigen bijdragen leveren aan de behandeling. Zo is er bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut die werkt aan het goed lichamelijk kunnen functioneren van de cliënt, een activiteitentherapeut die de cliënt activeert en bezig is met

de hobbyontwikkeling van de cliënt, een creatief therapeut die de cliënt stimuleert op een creatieve manier uitdrukking te geven aan zijn gevoel en een muziektherapeut die door middel van het maken en luisteren van muziek de cliënt in contact brengt met zichzelf (Vries, 2010). Bij deze instellingen wordt uitgegaan van het programma als aanbod waar de cliënt aan deel kan nemen.

Als tweede zijn er ook instellingen die in eerste plaats uitgaan van de cliënt. Iedere cliënt krijgt hierin een eigen persoonlijk samengesteld rooster waarin hij therapie volgt. Aan het begin van de behandeling wordt deze samengesteld door het behandelteam en dit wordt bijgesteld waar nodig (Opnameafdeling psychose 1, 2013). In deze vorm van therapie geven, staat niet het aanbod maar de persoon centraal. Het therapieprogramma is dan per cliënt verschillend en zo ook de groep bij elk therapieonderdeel.

Dan zijn er ook nog psychiatrische instellingen die geen interne therapie hebben maar dit uitbesteden aan externe dagbestedingcentra. Hier is een soortgelijk aanbod als eerder genoemd bij de vaktherapieën. Vaak bestaat dit aanbod uit cursussen of trajecten waar cliënten voor geïndiceerd kunnen worden of zich zelfstandig op kunnen intekenen. De populatie van cliënten is meestal breder dan alleen uit de intramurale psychiatrie maar bestaat ook uit cliënten die ambulant begeleid worden (Hendriksen, 2011). Dit kan als voordeel hebben dat de dagbesteding ook na de opname gemakkelijk kan worden voortgezet. Dit heeft echter ook een nadeel. Hulpverleners van een cliënt uit de dagactiviteitencentra staan op deze manier verder af van het behandeltraject en de besprekingen over de cliënt waardoor ze snel op verschillende sporen zitten qua behandeling en de samenwerking bemoeilijkt wordt (4.5.D.2.1.).

Instellingen die werken met indicatieonderdelen

Tegenwoordig wordt er bij instellingen steeds meer gekeken naar de doelen van de cliënten om zo opnames specifieker, korter en doelgerichter te laten zijn. Dit is in de eerdere deelvragen al uitgebreid beschreven. Door deze nieuwe trend in de hulpverlening ontstaat er een ontwikkeling waarin steeds meer instellingen gaan werken met indicatieonderdelen om het programma zo specifiek mogelijk aan te laten sluiten bij de cliënt. Ook binnen Pro Persona, waar ook de Riethorst deel van uit maakt, is deze ontwikkeling te zien. Zo wordt bijvoorbeeld in Wolfheze in de Winklerkliniek gewerkt in dagdelen. Cliënten kunnen geïndiceerd worden voor een bepaalde therapie met een bepaald thema wat ze vervolgens een aantal weken een geheel dagdeel volgen (5.5.D.2.1.). Een vaktherapeut die daar heeft gewerkt geeft aan dat deze manier van werken naast het voordeel van meer tijd voor een bepaalde therapie ook nadelen heeft. Zo bleek deze vorm snel een vrijblijvend karakter te krijgen. Een dagdeel is minder afgebakend dan een uur therapie waardoor er meer in en uit gelopen werd en het gebeurde dat de therapie meer op recreatie dan echt therapie ging lijken (5.5.D.2.2.).

Ook bij de PAAZ afdeling op het Lievenbergziekenhuis wordt modulair gewerkt. Hier wordt naast het basisprogramma ook een aantal cursussen aangeboden met onder andere een cursus RET-therapie, een vrouwengroep en een verlieservaringsgroep (PAAZ, 2012). Ook bij PuntP, een onderdeel van Arkin, wordt gewerkt met indicatieonderdelen. Zij hebben nieuwe modules ontwikkeld voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Zo hebben ze nu bijvoorbeeld een module Sociale vaardigheid en Agressie en impulscontrole (Westra, 2010). Soms worden dergelijke modules en cursussen zowel klinisch als poliklinisch gegeven.

De variatie in het aanbod is dan vaak groter omdat er meer cliënten zijn die er deel aan kunnen nemen doordat deze twee groepen worden gecombineerd (Polikliniek Persoonlijkheidsstoornis, 2013).

Deelvraag E

Wat voor mogelijkheden zijn er binnen Unit D en E om de vaktherapie zo efficiënt mogelijk in te delen in het weekprogramma?

Inleiding op de deelvraag

Naar aanleiding van alle informatie uit de voorgaande deelvragen moet er gekeken worden wat voor mogelijkheden er zijn om verbeteringen te maken. In deze deelvraag wordt ingegaan op de door de vaktherapeuten gesignaleerde mogelijkheden die er zijn binnen het weekprogramma. Daarnaast wordt er ook ingegaan op zowel de mogelijkheden als de beperkingen die er gesignaleerd zijn bij cliënten. Het is belangrijk om ook deze beperkingen in kaart te brengen omdat daar rekening mee gehouden moet worden bij het indelen van het weekprogramma.

E.1. Mogelijkheden binnen het weekprogramma

Onder ‘mogelijkheden binnen het weekprogramma’ wordt er beschreven welke mogelijkheden er zijn om het weekprogramma efficiënter in te delen aan de hand van ervaringen van de vaktherapeuten van unit D en E.

Efficiënter werken door middel van gebruik van doelen

Zoals blijkt uit de wensen van zowel vaktherapeuten, cliënten en de teamleider liggen er veel mogelijkheden bij het werken met de doelen. Door meer te gaan werken met doelen kan er efficiënter gewerkt worden. Zowel de behandeldoelen als de persoonlijke doelen willen de vaktherapeuten en de teamleider meer inzetten, zodat er meer op maat gewerkt kan worden. Deze zouden dan meer bekend worden bij de verschillende vakdisciplines. Omdat veel vaktherapeuten niet de tijd hebben om alle dossiers door te lezen zijn ze vaak niet op de hoogte van de doelen van iedere cliënt (3.8.E.1.1.). Sommige vaktherapeuten geven aan dat ze makkelijker bij de behandeldoelen willen kunnen en dat het overzichtelijker gemaakt moet worden welke cliënt welke doelen heeft. Het zou mooi zijn als uit de behandelplanbespreking blijkt met welke doelen iedere cliënt bezig is. (3.13.E.1.2.). Daarnaast wordt aangegeven dat vaktherapeuten de persoonlijke doelen interessanter vinden dan de grotere en meer globale doelen die in de behandelplanbespreking naar voren komen (2.6.D.1.1.). Het zou volgens hen een mogelijkheid zijn als deze doelen, die de cliënt zelf opgesteld heeft bij de doelengroep, meer genoemd zullen worden bij de behandelplanbespreking. Deze persoonlijke doelen zouden de vaktherapeuten graag inzichtelijker willen maken, zodat de therapeuten de cliënten daar in hun therapie mee aan de slag kunnen laten gaan (4.12.E.1.2.). Dit maakt volgens teamleider mw. Jansen duidelijk aan de cliënten dat de vaktherapeuten verwachten dat er bij de vaktherapie gewerkt wordt (1.11.D.1.2.). Deze doelen zouden bijvoorbeeld inzichtelijker gemaakt kunnen worden voor de vaktherapeuten, als ze ergens kort en bondig neer worden gezet en niet alleen te vinden zijn in het cliënt dossier.

Naast de doelengroep wordt er ook in groepsgesprekken gezocht naar algemene thema's. Sommige vaktherapeuten zouden graag zien dat er gebruik gemaakt gaat worden van deze weekthema's om op die manier een parallel in verschillende onderdelen van de vaktherapie

te creëren (2.13.D.1.1.). Een mogelijkheid zou zijn ook deze weekthema's meer zichtbaar te maken en zo een centralere plaats in te laten nemen in de behandeling.

Een ander middel wat de efficiëntie van het werken met doelen zou vergroten is om het moment van het formuleren van de behandeldoelen samen te voegen met het maken van een therapieprogramma voor die specifieke cliënt (3.11.E.1.2.). Op die manier kunnen de medewerkers gelijk aan het begin van de behandeling helderheid geven wat iemands doelen zijn en wat daar een passend programma bij is. Om dit programma zo passend mogelijk te maken per cliënt, zouden vaktherapeuten graag specifiek gaan werken, zodat er meer aansluiting op de behandelplannen ontstaat. Dit is goed te realiseren door meer te gaan werken met indicatie onderdelen (6.4.E.1.1.).

Werken met indicatieonderdelen

Een andere mogelijkheid is het werken met modules. Een module is een therapie-eenheid voor een gespecificeerde doelgroep, met een van tevoren vastgestelde doelstelling, een overzichtelijke duur en een min of meer gestandaardiseerde inhoud (Bersee, 2009). Het werken met indicatieonderdelen zoals besproken onder 'modulair werken' bij deelvraag C is een mogelijkheid tot verbetering van het weekprogramma. Door de huidige ontwikkelingen wordt steeds meer in die richting gedacht omdat de zorg op maat steeds belangrijker wordt (3.11.E.1.1.). Een aantal vaktherapeuten ziet hier wel winst in (2.8.E.1.1.), maar ze beseffen ook dat het een grote organisatorische last is om het hele rooster in te richten op het werken met indicatieonderdelen. Ook teamleider mw. Jansen geeft aan dat dit organisatorisch best wat voeten in de aarde heeft (1.9.E.1.1.). Zij vertelt: "Je kunt bijvoorbeeld niet zomaar zeggen: We stellen fitness open voor alle groepen en iedereen die geïndiceerd is kan inschrijven, want dan heb je als je pech hebt misschien wel 20 mensen die mee gaan naar de fitness en kun je het niet behappen"(1.9.E.1.2.).

Toch is het heel nuttig om met modules te werken om verschillende redenen. Ten eerste is het voor de vaktherapie belangrijk om het aanbod transparant te maken, zodat de vaktherapie een sterke positie krijgt en behoudt binnen de gezondheidszorg. Producten en modules zijn een goed middel om de werkwijze te verduidelijken (Bersee, 2009).

Een andere reden is dat het werken met doelen binnen modulair werken past. De doelen van verschillende cliënten sluiten dan bij elkaar aan binnen één module. Door met doelen te werken wordt een therapie meer evidence based. Zoals al beschreven in deelvraag A wordt dit steeds belangrijker. Ten derde is het voordeel van werken met indicatieonderdelen dat cliënten gemotiveerder zijn. Doordat zij zelf inspraak hebben in welke onderdelen ze willen volgen zijn ze meer gemotiveerd om ook daadwerkelijk dit programma te volgen (4.11.E.1.1.).

Overdracht en korte lijn tussen verschillende disciplines

Een andere mogelijkheid om efficiënter te werken, zoals besproken is in deelvraag B, is zorgen dat er een kortere lijn komt tussen alle verschillende disciplines (3.13.E.1.1.). Alle therapeuten zouden dat fijn vinden, omdat ze dan geen informatie missen en op de hoogte zijn van alle belangrijke dingen (2.7.E.1.1.). Deze wens is een reële wens. Een manier om de onderlinge banden tussen verschillende disciplines aan te sterken is dat verschillende disciplines zich kunnen gaan verdiepen in wat de andere disciplines voor waarde hebben en wat voor effect hun werk heeft (4.13.E.1.1.). Door dit te doen ontstaat er meer waardering voor het werk van andere disciplines. Daarnaast is het ook handig om gebruik te maken van

elkaars kennis, zodat er niet elke keer weer het wiel hoeft uitgevonden te worden (4.14.E.1.1.).

Overige mogelijkheden

Een andere mogelijkheid binnen het weekprogramma dat uitgebreid beschreven is in bovenstaande deelvragen is: ambulant een traject afmaken (1.9.E.1.1.). Door ambulant een traject af te maken kunnen er kortere opnameperiodes komen en worden de cliënten niet direct losgelaten als ze teruggaan naar hun thuissituatie. Hier wordt al aandacht aan geschonken binnen de Riethorst. Door de inzet van FACT-Teams gaat het ambulant werken een grotere rol spelen en wordt het steeds meer geprofessionaliseerd. Wel leggen de bezuinigingen een zekere druk op deze ontwikkeling omdat een instelling wel geld nodig heeft, en bedden op de afdeling binnen een klinische behandeling zorgen voor dit geld (Toekomstverkenning intramurale zorg, 2009).

Ook flexibelere koffietijden kan nog een mogelijkheid zijn om ruimte te creëren in het therapieprogramma (2.4.E.1.1.), alhoewel dit wel lastig wordt omdat vaktherapeuten hier onderling over verschillen van mening. De één vindt het fijn om het koffiemoment onder de therapie in te plannen, zodat er een langere therapie kan plaatsvinden met bijvoorbeeld een korte koffiepauze in het midden. De ander heeft liever geen koffiemomenten onder de therapie, in de angst dat de therapie teveel de vorm van een 'koffiepraatje' aanneemt (2.4.E.2.1.). Hier zal eerst goed over nagedacht moeten worden en onderlinge afstemming over moeten plaatsvinden.

Daarnaast wordt er nog door verschillende vaktherapeuten opgemerkt dat het bij de planning van het rooster erg belangrijk is dat er gelet wordt op het tijdstip van een bepaalde therapie (5.12.E.1.1.). Het is belangrijk dat de verschillende onderdelen, fysiek inspannend, mentaal inspannend etc. afwisselend en evenwichtig ingedeeld worden (5.13.E.1.1.). Ook is het belangrijk dat er vaste en herkenbare momenten in het rooster komen, zodat er structuur en vastigheid ontstaat. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een basisprogramma (6.13.E.1.1.). Dit zijn mogelijkheden die meegenomen kunnen worden bij een eventuele herindeling van het rooster.

E.2. Mogelijkheden en beperkingen cliënten

Cliënten zijn opgenomen met een bepaald ziektebeeld. Daarnaast zijn er ook nog andere zaken waar rekening mee gehouden moet worden aangaande de mogelijkheden en beperkingen van de cliënten. Deze worden hieronder beschreven.

Mogelijkheden cliënten

Naast de mogelijkheden in het weekprogramma bieden ook de cliënten zelf nog veel mogelijkheden. Eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wordt steeds belangrijker. De cliënt moet aan het stuur staan en de regie in handen hebben. Dit zijn de speerpunten van de nieuwe inrichting van de zorg (Actiz, 2010). Dit blijkt heel duidelijk uit tweede baken van welzijn nieuwe stijl: Zorg gebaseerd op de eigen kracht van de burger. De gedachte hierachter is dat het uit handen nemen van de problemen meestal averechts werkt op het zelfoplossend vermogen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010). De verantwoordelijkheden die cliënten van unit D en E van de Riethorst zelf kunnen nemen als het gaat om de vaktherapie, liggen voornamelijk rondom de doelengroep en het

doelenboekje. Vaktherapeuten geven aan dat, als de cliënten hun doelenboekje van de doelengroep mee zouden nemen naar de vaktherapie, ze dit prettig zouden vinden omdat zij hier ook mee kunnen werken in de therapie. Op die manier ontstaat er een mooie rode draad in de therapie en kunnen de verschillende therapeuten ook met dezelfde leerdoelen aan de slag. Ook is het een mooie manier om meer verantwoordelijkheid bij de cliënten te leggen, doordat ze zelf het boekje met hun doelen mee moeten nemen (4.12.E.2.2.). Naast dat dit een eigen verantwoordelijkheid legt bij de cliënten, geeft dit de cliënten ook inzicht in waar ze precies mee bezig zijn en geeft het hen houvast. In het doelenboekje kunnen ze gericht zien waar ze aan kunnen werken (1.11.D.1.1.).

Een mogelijkheid zou zijn dat cliënten zelf de verantwoordelijkheid nemen bij de doelengroep om ook doelen te maken waarmee ze aan de slag kunnen bij de vaktherapie (1.10.E.2.1.). Want niet alle doelen die cliënten nu hebben zijn ook relevant bij de vaktherapie, zoals bijvoorbeeld: Mijn sociale contacten weer onderhouden (1.10.E.2.2). Vaak staan er wel een aantal relevante doelen in het doelenboekje, die gebruikt kunnen worden bij de vaktherapie. Mocht dit niet het geval zijn, zou de verpleegkundige die de doelengroep leidt samen met de cliënt eventueel een paar bruikbare doelen kunnen maken (5.6.E.2.1.). De keerzijde hiervan is dat deze mogelijkheid de werkdruk van de verpleegkundigen zal verhogen omdat zij in de doelengroep ook aandacht zullen moeten besteden aan het formuleren van doelen die specifiek gericht zijn op de vaktherapie. Wanneer er op deze manier gewerkt gaat worden zal er gestreefd moeten worden naar het zo minimaal houden van deze belasting.

Er zijn dus verschillende mogelijkheden om de cliënt mee te laten werken aan het bevorderen van de bekendheid van zijn eigen doelen. Ook kan de cliënt begeleid worden zelf te zoeken naar een manier om de vaktherapie hier zo goed mogelijk bij te laten aansluiten. De vaktherapie is immers een essentieel onderdeel van het programma. Daarom is het belangrijk om ook daar nuttige en bruikbare doelen voor vast te stellen. Een aandachtspunt is daarbij dat er bij de intake al overeenstemming is met de cliënt over de behandeldoelen. Het is niet nuttig om cliënten doelen te laten maken naar aanleiding van behandeldoelen waar ze helemaal niet aan willen werken. Anders blijven de hulpverlener en cliënt met elkaar over de doelen twisten en gebeurt er in werkelijkheid niets (1.10.E.2.1.). Als cliënten niet gemotiveerd zijn heeft het geen zin om aan een bepaald doel te werken, daar is intrinsieke motivatie voor nodig.

Vervolgens is het belangrijk dat de vaktherapeuten naar het doelenboekje en de daarin geschreven doelen vragen, zodat ze deze kunnen gebruiken bij de vaktherapie. Iedere vaktherapeut kan daar dan weer op zijn eigen manier mee aan de slag. Zo wordt er vanuit zoveel mogelijk invalshoeken aan dezelfde doelen gewerkt, waardoor de behandeling heel doelgericht wordt (1.15.E.2.1.). Dit zou eventueel ook bij indicatieonderdelen kunnen, als cliënten dan hetzelfde doelenboekje weer meenemen, zodat ook daar overzichtelijk blijft welke doelen iedere cliënt heeft. Het doelenboekje gaat door al deze dingen een veel centralere plaats innemen in de behandeling.

Beperkingen cliënten

Naast de mogelijkheden die cliënten hebben is het ook belangrijk om rekening te houden met de beperkingen van de cliënten. Het programma moet niet teveel van cliënten vragen want dan wordt het tegenovergestelde bereikt van wat de bedoeling is.

Ten eerste is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat veel cliënten onder invloed zijn van medicatie. Hierdoor kan hun gedrag sterk beïnvloed worden (4.12.E.2.1.).

Ook moet rekening gehouden worden met het ziektebeeld dat cliënten hebben. Teamleider Mw. Jansen geeft het voorbeeld dat er op Unit E veel vrouwen zijn die dissociëren. In dat geval kan een ontspanningstherapie juist veel te spannend zijn, die oefening zorgt er dan voor dat ze gaan dissociëren (1.6.E.2.2.). Daarnaast hebben cliënten soms nog meer beperkingen. Dit zijn soms lichamelijke beperkingen, soms verstandelijke beperkingen (1.6.E.2.1.). De vraag is of de hulpverleners zomaar alle verschillende cliënten bij elkaar kunnen indelen of dat daar ook beperkingen in moeten zijn (1.9.E.2.1.). Ook daar moet ook rekening mee gehouden worden bij de roostering. Soms zijn cliënten wat beperkt in hun kunnen en een programma wat bijvoorbeeld helemaal vol zit werkt dan soms juist niet, terwijl andere cliënten juist een vol programma nodig hebben (2.12.E.2.1.). Zo kunnen de behoeften van cliënten heel verschillend zijn en het is van essentieel belang dat dit mee wordt genomen bij het invullen van het rooster.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van ons onderzoek en het beantwoorden van de voor dit onderzoek opgestelde hoofd en deelvragen zijn wij tot een aantal aanbevelingen gekomen. Deze aanbevelingen zijn in eerste instantie geschreven voor de vaktherapeuten van de Riethorst, maar zijn ook, met eventueel een kleine aanpassing, toe te passen in andere vergelijkbare instellingen. Bij de aanbevelingen staat vermeld wat de aanbeveling inhoudt, hoe wij tot deze aanbeveling zijn gekomen, hoe de aanbeveling doorgevoerd kan worden, hoe de aanbeveling er in de praktijk uit gaat zien en ook hoe het toepasbaar is in andere instellingen van soortgelijke aard.

Aanbeveling 1. Roostertechnisch

a. Langere Therapieën

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Vaktherapieën zullen langer duren. Momenteel duren de meeste vaktherapieën een uur, een enkele 5 kwartier. Deze zullen dan verlengd worden naar bijvoorbeeld 1,5 uur of zelfs 2 uur. Dan zou er bijvoorbeeld een koffie pauze in het midden gehouden kunnen worden. Ook zouden er eventueel in dagdelen behandeling gegeven kunnen worden. Dit maakt dat er hooguit twee of drie verschillende therapieën op één dag zijn.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Verschillende vaktherapeuten hebben aangegeven dat ze soms tijd tekort komen bij hun therapie. Door meer tijd achter elkaar te nemen voor één therapie kan er gewerkt worden aan grotere projecten. Ook zou er hierdoor meer tijd ontstaan om de doelen te betrekken bij de vaktherapie.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Deze aanbeveling kan meegenomen worden wanneer er een reorganisatie van het rooster van de vaktherapie plaatsvindt. De Riethorst is bezig met de mogelijkheden hiervoor in kaart te brengen.

- *Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien?*

Er zal minder variatie in het rooster ontstaan door langere therapieën te geven. Dit zal de cliënten en de vaktherapeuten meer rust en ruimte bieden. De tijdsdruk zal wegvallen, waardoor er waarschijnlijk een meer ontspannen sfeer ontstaat binnen de therapie. Ook kan er dieper op bepaalde onderwerpen doorgedaan worden omdat daar meer tijd en ruimte voor is.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Vaktherapie is ervaringsgerichte therapie wat maakt dat er veel tijd in gaat zitten voor het resultaat goed zichtbaar is (Rentenaar, 2012). Dit betekent dat het voor instellingen aan te bevelen is de tijd te nemen voor de vaktherapie. Het zal verschil maken welke vaktherapie er aan welke doelgroep gegeven wordt hoeveel tijd er voor nodig is in het rooster.

Vaktherapeuten kunnen dit het beste aangeven omdat zij weten hoe een therapie verloopt en wanneer er voldoende tijd is. Het is goed om in instellingen hier nauwkeurig overleg over te plegen om zo een optimaal resultaat van de behandeling te krijgen.

b. Structuur in het rooster

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Er zijn een aantal zaken die het rooster meer gestructureerd kunnen maken. Ten eerste door het dagprogramma elke dag op dezelfde tijd te laten beginnen en op dezelfde tijd te laten stoppen. Ook is het daarbij belangrijk dat er geen grote gaten in het rooster vallen, waardoor de structuur weer vervalt. Dus niet alleen 's morgens een uur therapie en dan aan het eind van de middag pas weer. De ideale roostering volgens zowel cliënten als vaktherapeuten zou zijn om 's morgens activerende onderdelen in te roosteren en 's middags gespreksonderdelen.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Door vaste therapietijden te maken bied je de cliënt veel structuur, die hij misschien thuis niet meer had. Ook weet de cliënt dan waar hij aan toe is, bijvoorbeeld: elke dag beginnen de therapieën om 9.30 en zijn ze om 15.30 weer afgelopen. Door dan doorlopend door de dag heen therapie te hebben wennen de cliënten zich een ritme aan van overdag werken en 's avonds vrije tijd.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Deze aanbeveling kan meegenomen worden wanneer er een reorganisatie van het rooster van de vaktherapie plaatsvindt. De Riethorst is bezig met de mogelijkheden hiervoor in kaart te brengen.

- *Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien?*

In de praktijk zal dit veel meer ritme en vastigheid gaan bieden voor zowel cliënten als voor vaktherapeuten. Er zal voor nieuwe cliënten sneller gewenning optreden omdat er meer herkenbare punten zijn in het rooster: een duidelijke begintijd en eindtijd, 's morgens altijd activerend, 's middags altijd gespreksonderdelen. Dat biedt veel duidelijkheid en daarmee ook veiligheid.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Voor veel cliënten met psychische problemen is het behouden van structuur of het terugbrengen daarvan in hun leven een belangrijk leerpunt. Dit is een vereiste wanneer er binnen een instelling een milieu wordt gecreëerd ter bevordering van het herstel (Psychiatrische ziektebeelden, 2012). Het is goed dit mee te nemen in het samenstellen van het dagprogramma omdat dit voor de tijd van de opnameperiode voor een groot gedeelte de structuur is die de cliënt heeft. Wanneer dit iedere dag op dezelfde tijd begint en vaak op dezelfde tijd afgelopen is biedt dit veel houvast aan de cliënt.

c. Vast lokaal per groep/opdrachtenkar

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Deze aanbeveling houdt in dat groepen zoveel mogelijk in het zelfde lokaal beeldende therapie krijgen. Mocht dit niet haalbaar zijn, dan zou het fijn zijn dat de werkstukken op een kar komen te staan, die naar verschillende lokalen gereden kan worden.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Deze aanbeveling is er om te voorkomen dat werkstukken kwijtraken en om er voor te zorgen dat cliënten hun werkstukken niet mee hoeven te nemen naar hun kamer.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Deze aanbeveling kan meegenomen worden wanneer er een reorganisatie van het rooster van de vaktherapie plaatsvindt. De Riethorst is bezig met de mogelijkheden hiervoor in kaart

te brengen. Daarnaast is er een rijdende opdrachtenkar nodig als het niet lukt om een vast lokaal per groep in te plannen.

- *Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien?*

Werkstukken raken niet meer kwijt en zijn aanwezig in het lokaal waar de cliënten therapie krijgen. Dit is fijner voor de cliënten, die dan niet opnieuw hoeven te beginnen of een aan een andere opdracht moeten gaan werken. Maar het is ook prettig voor de vaktherapeuten, want dan weten zij altijd waar de verschillende werkstukken van deze groep zijn en zij worden niet geconfronteerd met de teleurstelling van cliënten mochten werkstukken kwijt zijn of stuk raken.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Mocht dit probleem zich ook voor doen in andere instellingen kunnen de aanbevelingen hierover mogelijk ook daar toegepast worden.

d. Geen dubbele programma onderdelen op dezelfde tijd

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Deze aanbeveling houdt in dat er geen twee verschillende programma onderdelen, waar een cliënt beide naar toe zou kunnen, op dezelfde tijd worden gegeven.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Door geen overlap in de verschillende vaktherapieën te laten ontstaan, kunnen de cliënten naar alle therapieën die nuttig zijn voor hun behandeling. Hierdoor krijgen cliënten de optimale behandeling die ze nodig hebben om de behandeldoelen te behalen. Continuïteit binnen het volgen van de vaktherapie is van belang voor de cliënt omdat door de rode draad binnen de therapieën te volgen de cliënt het grootste rendement heeft van de therapie (Smeijsters, 2009). Daarnaast zijn de groepen waar vaktherapeuten mee werken gevuld en krijgt de therapeut de kans met alle cliënten uit de groep een band op te bouwen doordat hij ze regelmatig ziet.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Deze aanbeveling kan meegenomen worden wanneer er een reorganisatie van het rooster van de vaktherapie plaatsvindt. De Riethorst is bezig met de mogelijkheden hiervoor in kaart te brengen. Bij deze reorganisatie van het rooster moet erop gelet worden dat er geen indicatieonderdelen gelijk vallen met het basisprogramma.

- *Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien?*

In de praktijk gaat het erom dat cliënten naar alle therapieën kunnen gaan die nuttig zijn voor hun behandeling. Dit zorgt ervoor dat therapieën ook voller zijn. Bijvoorbeeld bij de SOVA betekent dit dat een cliënt alle aaneengesloten therapieën kan volgen, waardoor het grootst mogelijke rendement ontstaat.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook bij andere instellingen is het belangrijk dat er continuïteit zit in het aanbod van therapie. Daarnaast is het prettig voor de groepsdynamica als de groepen gevuld zijn. Hierdoor is het aan te bevelen om zo min mogelijk therapieën naast elkaar te laten bestaan op dezelfde tijd tenzij beide groepen gevuld zijn.

e. Basisprogramma met daarnaast indicatieonderdelen

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Er zal een basisprogramma per unit moeten worden samengesteld wat voor iedere cliënt nuttig is om te volgen. Dit basisprogramma zou bijvoorbeeld één dagdeel in beslag kunnen nemen. In het andere dagdeel zouden er dan indicatieonderdelen (modulen) ingezet kunnen worden waar cliënten voor geïndiceerd worden of ze zich zelf op kunnen inschrijven met goedkeuring van behandelaren.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Deze vorm van therapie geven biedt structuur en sluit aan bij de trend 'zorg op maat'. Cliënten krijgen hierdoor de therapie die past bij hun behandeldoelen en dus aansluit bij hun behoeften.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Deze aanbeveling kan meegenomen worden wanneer er een reorganisatie van het rooster van de vaktherapie plaatsvindt. De Riethorst is bezig met de mogelijkheden hiervoor in kaart te brengen.

Daarnaast zullen er misschien nieuwe modules bijgeschreven moeten worden die als indicatieonderdeel ingezet kunnen worden. Voor meer informatie over het ontwikkelen van modulen willen wij u verwijzen naar de Handleiding Module-Ontwikkeling (Cleven, 2001) Ook is het van belang dat er aan het begin van de behandeling, bij het opstellen van de behandeldoelen gelijk wordt gekeken naar welke indicatieonderdelen eventueel bij de behandeldoelen van de cliënt zouden passen.

- *Hoe gaat dit er in de praktijk uitzien?*

Het basisprogramma zal er voor het grootste gedeelte hetzelfde uitzien als de therapieën er nu ook uitzien. Deze zullen ook grotendeels per unit gegeven worden. Bij de indicatieonderdelen zullen cliënten van verschillende units samen therapie krijgen passend bij hun persoonlijke doelen.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Instellingen geven op verschillende wijze invulling aan het therapieprogramma wat zij aanbieden. Hierover is meer geschreven in deelvraag D. Sommige instellingen kiezen voor veel indicatieonderdelen, andere bieden een groot basisprogramma aan voor een vaste groep. Wij kunnen instellingen aanbevelen hun eigen programma onder de loep te nemen en daarnaast te rade te gaan bij andere instellingen over hoe zij werken. Er zijn veel mogelijkheden en het is aan de instelling zelf om te bepalen wat past bij de doelstelling en de visie van de instelling als het gaat om de invulling van hun therapieprogramma.

Aanbeveling 2. *Communicatie*

a. Geen of minder externe afspraken onder de vaktherapie

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Met regelmaat moeten cliënten halverwege een therapieonderdeel weg voor een persoonlijke afspraak. Voor een optimaal resultaat voor zowel deze afspraken en de therapie zouden er geen afspraken meer gemaakt moeten worden met bijv. artsen of psychologen onder het programma van de vaktherapie. Als dit niet haalbaar is, dan kan er gekeken worden naar waar in de therapie er een afspraak gepland wordt. Het liefst wordt een afspraak dan gepland aan het begin of aan het einde van de therapie, zodat de cliënt iets later in kan stromen of wat eerder weg kan gaan.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Veel vaktherapeuten geven aan dat ze last hebben van en zich storen aan het feit dat cliënten regelmatig afspraken hebben onder het therapieprogramma. Cliënten zijn in hun hoofd dan voornamelijk met het gesprek bezig waardoor ze aanzienlijk minder mee krijgen van de therapie.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Om deze aanbeveling door te voeren is er duidelijke communicatie nodig tussen de verschillende disciplines over wat de wensen en verwachtingen zijn van de vaktherapeuten ten opzichte van de andere disciplines, namelijk dat zij liever niet hebben dat cliënten afspraken hebben onder het therapieprogramma. Behandelaren moeten op de hoogte zijn van het therapierooster en hier, zo ver het voor hun mogelijk is, rekening mee houden in hun planning.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

Het voordeel van geen afspraken onder het therapieprogramma is dat cliënten volledig geconcentreerd aanwezig kunnen zijn. Ze worden niet afgeleid door de wetenschap dat ze zo meteen naar een afspraak moeten. Als ze wel een afspraak onder het therapieprogramma hebben zijn ze vaak in hun hoofd alleen maar daar mee bezig en daardoor leren ze nog maar weinig van de therapie waar ze op dat moment zitten. Ook kan het voor de vaktherapeuten een storende en afleidende factor zijn om in- en uitloop te hebben onder de therapie.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Het is goed om op de hoogte te zijn van elkaars handelen en daar op af te stemmen binnen een behandelteam. Daarom is, in elke instelling, onderlinge communicatie over wat belangrijk is om ieders werk uit te voeren, belangrijk. Op deze manier kan iedereen zover dat mogelijk is rekening houden met de werkzaamheden van collega's en hier omheen plannen waar nodig.

b. Schriftelijke overdracht tussen vaktherapeuten n.a.v. de behandelplanbespreking

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Deze aanbeveling houdt in dat de vaktherapeut die aanwezig is bij de behandelbespreking kort opschrijft met welke doelen iedere cliënt die besproken wordt bezig is en dit doormailt aan de andere vaktherapeuten, of dit uitgeprint ergens ophangt waar het zichtbaar is en snel toegankelijk voor alle vaktherapeuten.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Veel informatie uit de behandelplanbespreking gaat nu verloren. Vooral als het gaat om de doelen waar cliënten mee bezig zijn. Veel vaktherapeuten spreken uit dat ze het fijn zouden vinden om een overzicht te hebben van de doelen waar cliënten mee bezig zijn, zonder dat ze alle dossiers hoeven te lezen omdat daar vaak gewoonweg geen tijd voor is. Die tijd wordt alleen nog maar minder door de bezuinigingen die maken dat er meer werk moet worden uitgevoerd door minder personeel (Muis, 2010). Dit maakt efficiënt informatie uitwisselen essentieel.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Een onderlinge afspraak met alle vaktherapeuten dat de vaktherapeut die aanwezig is bij de behandelplanbespreking een kort overzichtje maakt van de doelen van cliënten en de vorderingen die de cliënt hiermee maakt. Het is van belang dat dit echt heel beknopt is, zodat het geen extra werk oplevert voor de vaktherapeuten, maar juist tijd scheelt en aan efficiëntie wint, namelijk het werken met de doelen.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

De vaktherapeut die aanwezig is bij de behandelplanbespreking maakt een kort overzichtje van de besproken cliënten en zijn/haar doelen zodat alle andere vaktherapeuten geen informatie missen en met de meest actuele doelen van de cliënt aan de slag kunnen in de therapie.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Bij bijna alle instellingen worden er van behandelplanbesprekingen wel notulen of andere documentaties gemaakt. Deze documenten zijn echter vaak erg lang en niet altijd even overzichtelijk. Door van elke vakdiscipline iemand aan te wijzen die een kort en bondig overzicht maakt van wat voor deze discipline relevant is en dit door te sturen naar de rest van de collega's, is dit probleem goed te voorkomen.

c. Kwaliteiten van de verschillende disciplines in kaart brengen

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

In een instelling als de Riethorst zijn er veel disciplines die ieder vanuit hun eigen vakgebied werken met cliënten. Omdat er zoveel verschillende hulpverleners zijn, is het goed om van elkaar te weten wat iedere discipline te bieden heeft.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Wanneer alle disciplines van elkaars krachten en mogelijkheden op de hoogte zijn, kan hier in de behandeling optimaal gebruik van worden gemaakt. Iedere hulpverlener weet dan naar wie hij de cliënt het beste toe kan sturen wanneer hij een probleem signaleert. Dit houdt de lijntjes kort en maakt dat de cliënt snel goede hulp krijgt.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Iedere vakdiscipline zou voor de andere op schrift kunnen stellen waar de krachten van deze discipline liggen en waar zij hun plaats als beste in kunnen nemen in de behandeling van de cliënt. Dit zou eventueel ook gepresenteerd kunnen worden in het multidisciplinaire team.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

De verschillende disciplines beschrijven kort en bondig wat zij te bieden hebben in de behandeling van cliënten en bij welke thema's zij het beste kunnen worden ingezet. De rest van het team is in het bezit van dit document en kan dit gebruiken wanneer zij deze thema's signaleren.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook voor andere instellingen is het op de hoogte zijn van de krachten van andere disciplines belangrijk. Op deze manier kan zorg efficiënt worden ingezet. Op instellingsniveau kan dit zelfs nog breder getrokken worden. Het is ook belangrijk dat instellingen van elkaar op de hoogte zijn waar andere instellingen in zijn gespecialiseerd. Op deze manier kunnen instellingen snel en vanzelfsprekend naar elkaar doorverwijzen wanneer de cliënt een hulpvraag heeft die specifieke hulp vereist. Bij het onderling gebruik maken van elkaars kennis valt nog veel te halen. Het blijkt dat grote vraagstukken bij de ene instelling, bij andere instellingen al helemaal zijn opgelost en dat instellingen onderling nog nauwelijks gebruik maken van elkaars ervaringen, creativiteit en kennis (Ruysdael, 2012).

Aanbeveling 3. Uitleg

a. Aandacht voor het geven van uitleg over de therapie aan nieuwe cliënten

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Er is veel doorstroom in de cliënten waardoor er vaak nieuwe cliënten in de groep zitten. Het is belangrijk dat deze weten bij welke therapie ze zijn, waarom ze hier zijn en wat ze hier persoonlijk aan hebben in hun behandeling. Dit kan in het Vaktherapieënboekje en door middel van het voorlichten van cliënten bij hun eerste keer therapie. Dit boekje is door ons ontworpen als product naar aanleiding van dit onderzoek. Ook kan een nieuwe cliënt de eerste week aan een cliënt gekoppeld worden die er al langer is. Deze 'oudere' cliënt heeft dan de functie van vraagbaak als de 'nieuwe' cliënt vragen heeft over de vaktherapie.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Cliënten geven aan soms niet precies te weten wat ze kunnen leren bij de vaktherapie. Ze vinden het ontspannende gedeelte vaak leuk maar zien niet altijd in wat de toegevoegde waarde is voor hun behandeling. Ook is het bedoeld voor nieuwe cliënten om aan hen duidelijk te maken waar de vaktherapie voor functioneert en hoe alles rondom de vaktherapie in elkaar zit.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

In het Vaktherapieënboekje moet duidelijk uitgelegd worden wat elke therapie inhoudt, wat je kunt leren in die therapie en welke activiteiten er plaatsvinden. Op deze manier weten cliënten weten wat ze van een bepaalde therapie kunnen verwachten. Daarnaast kunnen nieuwe cliënten evt. aan een andere cliënt gekoppeld worden die al langere tijd opgenomen is en weet hoe de dingen werken.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

Door goede informatie aan te bieden aan nieuwe cliënten en hen wegwijs te maken binnen de vaktherapie kunnen zij meer leren van de vaktherapie en zich meer openstellen om te leren van de ervaringen die ze daar opdoen. De weerstand die er anders misschien is, en hen in de weg staat bij hun leerproces, wordt daardoor doorbroken.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook in andere instellingen zijn de thema's, zoals hier het uitleg geven aan nieuwe cliënten over de therapie, die naar voren komen in Vaktherapieënboekje te gebruiken. Hiervoor zou het boekje wel passend moeten worden gemaakt op de desbetreffende instelling. Hoe het Vaktherapieënboekje kan worden ingezet bij andere instellingen wordt verder toegelicht bij de uitwerking van het product en zal niet verder genoemd worden bij de aanbevelingen.

Aanbeveling 4. Indicatieonderdelen

a. Therapie op maat voor iedere cliënt

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Cliënten krijgen een persoonlijk op maat gemaakt therapieprogramma waarin gekeken wordt naar hun persoonlijke doelen en hulpvraag.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Omdat opnames kort en doelgericht moeten zijn is het goed om het therapieprogramma zo veel mogelijk te laten aansluiten bij wat de cliënt nodig heeft om de doelen te kunnen behalen. Wanneer het programma minder algemeen is maar gelegenheid geeft om intensief te werken aan de doelen waar die specifieke cliënt mee bezig is, zal de cliënt waarschijnlijk ook sneller deze doelen behalen.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Er moet meer modulair worden gewerkt. Dit houdt in dat er naast een eventueel basisprogramma een breed scala aan modules moet worden ontwikkeld waar cliënten naar aanleiding van bepaalde doelen voor geïndiceerd kunnen worden. Hiervoor moet ruimte worden gemaakt in het rooster. Om meerdere modules te kunnen geven zijn er meer cliënten nodig dan alleen unit D en E. Hierom is het belangrijk dat er gekeken wordt naar in hoeverre deze afdelingen samen kunnen werken met andere klinische afdelingen en ook ambulante teams.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

Er zal een kleiner basisprogramma zijn voor unit D en E wat bijvoorbeeld op de ochtend is ingedeeld. In de middag zouden er dan bijvoorbeeld verschillende modules zijn waarbij de cliënten ingedeeld worden bij hetgeen het best past bij hun doelen en affectie.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Zoals in deelvraag D al beschreven staat geven instellingen ieder weer op een verschillende manier invulling aan het geven van therapie op maat. Aan te bevelen is dat instellingen met elkaar overleg hebben over wat werkt en wat niet. Er is een groot verschil tussen de manier van therapie roosters van verschillende instellingen. Dit geeft ook een groot verschil in kennis. Het zou heel nuttig zijn om deze kennis te delen.

b. Het traject wat klinisch is gestart ambulant vervolgen

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Wanneer cliënten modules gaan starten tijdens hun klinische opname zou het kunnen dat ze deze module niet kunnen afmaken gedurende hun opname. Het zou het ideaal zijn dat cliënten modules die zij klinisch begonnen zijn, ook na hun opname ambulant kunnen afronden.

- *Waarom deze aanbeveling?*

De opnameperiodes worden steeds korter en er wordt naar gestreefd steeds meer extramurale zorg te verlenen. Dit betekent dat cliënten soms maar voor een zeer korte periode behandeld kunnen worden. Het volgen van een module met een vast aantal onderdelen is dan bijna niet haalbaar. Door de modules breder te trekken dan alleen de opnametijd is het aanbieden van modules veel effectiever.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Allereerst moeten er meer modules ontwikkeld worden. Daarnaast moeten er goede afspraken gemaakt worden tussen het klinische en ambulante team over deze modules. Wat hier verder voor nodig is valt buiten de grenzen van ons onderzoek.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

Cliënten die klinisch een module starten kunnen deze ook na hun opname ambulant afronden. Hiervoor kunnen ze bijvoorbeeld één dagdeel in de week naar de Riethorst komen.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook andere instellingen kunnen de samenwerking tussen de ambulante en klinische zorg verstevigen door modules te ontwerpen voor zowel klinische als poliklinische cliënten. Op deze manier kunnen instellingen zich bijvoorbeeld ook specialiseren in een bepaalde module en zo ook afspraken maken met andere instellingen over samenwerking. Misschien kunnen cliënten dan beter doorverwezen worden naar andere instellingen waar modules worden gegeven waar deze cliënt baat bij heeft.

Aanbeveling 5. Doelen

a. Er komt een hoofdstuk in het verpleegplan waar vaktherapie-specifieke doelen kunnen worden opgenomen

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Momenteel wordt er aan het begin van de behandeling van de cliënten een verpleegplan opgesteld. Hierin worden ook de doelen van de cliënten omschreven. In dit verpleegplan kan ook een hoofdstuk in gevoegd worden waar doelen kunnen komen te staan waar aan gewerkt kan worden bij de vaktherapie.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Veel vaktherapeuten geven aan niet goed te weten waar zij de doelen van de cliënten kunnen vinden. Ze hebben niet genoeg tijd om alle verpleegplannen helemaal door te lezen en hier zelf doelen uit te halen waar ze iets mee zouden kunnen bij de vaktherapie. Op deze manier is het heel duidelijk waar de vaktherapeuten de doelen waar zij mee kunnen werken bij de therapie kunnen vinden.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Er is in het verpleegplan een nieuw hoofdstuk nodig waarin de doelen komen waar aan gewerkt kan worden bij de vaktherapie. Ook kan dit breder getrokken worden door alle doelen in te delen in hoofdstukken waar de cliënt er aan kan werken (bijvoorbeeld: thuis, op het werk/dagbesteding, tijdens de groepsmomenten, in de gesprekken met de behandelaar enz.). Hiervoor moet de opzet van het verpleegplan gereorganiseerd worden.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

De therapeuten weten beter waar ze de doelen van de cliënten kunnen vinden. Dit scheelt veel tijd en geeft de therapeuten de kans meer doelgericht te werken. Hiermee sluiten ze beter aan bij de cliënt en zijn behoefte en hulpvraag wat de therapie effectiever maakt.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook in andere vergelijkbare instellingen is het belangrijk dat de doelen van de cliënt zichtbaar zijn bij alle disciplines. Instellingen kunnen er voor kiezen in het behandelplan de doelen zo in te delen dat het voor iedereen inzichtelijk is bij welke discipline in het speciaal aan bepaalde doelen wordt gewerkt.

Aanbeveling 6. Therapeuten

a. Meer bekendheid en herkenbaarheid geven aan de verschillende vaktherapeuten

- *Wat houdt deze aanbeveling in?*

Door middel van het consequent dragen van een naamkaartje en een korte introductie van alle vaktherapeuten in het Vaktherapieënboekje kan er meer bekendheid gegeven worden aan de therapeuten en zijn deze herkenbaarder voor de cliënten.

- *Waarom deze aanbeveling?*

Verschillende respondenten hebben aangegeven dat het ingewikkeld is dat er veel verschillende vaktherapeuten zijn. Zeker in de beeldende hoek van de vaktherapie geeft dit verwarring bij de cliënten. Regelmatig weten ze niet goed het verschil tussen de verschillende vormen van activiteiten therapie en creatieve therapie die in hun programma opgenomen zijn. Bij elke therapeut zijn ze met andere dingen bezig die op elkaar lijken en dat zorgt voor verwarring. Cliënten willen graag herkenbare therapeuten waarbij ze weten wat ze bij die therapeut kunnen verwachten. Ze willen graag de naam van de therapeut bij het gezicht kennen en weten welke therapievorm hierbij hoort.

- *Wat is er voor nodig om dit door te voeren?*

Er zijn al naamplaatjes voor alle werknemers in de Riethorst. Deze worden echter nog niet altijd consequent gedragen. Door dit wel te doen weten cliënten in één oogopslag de naam en functie van een bepaalde therapeut. Daarnaast kunnen zij in het ontworpen Vaktherapieënboekje nog wat meer lezen over de desbetreffende therapeuten wanneer er onduidelijkheden zijn.

- *Hoe gaat het er in de praktijk uitzien?*

De naamplaatjes die al bestaan worden altijd gedragen door de verschillende vaktherapeuten zodat cliënten meteen kunnen zien wie ze voor zich hebben in naam en functie en daardoor beter weten wat ze kunnen verwachten. In het Vaktherapieënboekje worden de vaktherapeuten kort voorgesteld.

- *Hoe is deze aanbeveling toe te passen in andere instellingen?*

Ook in andere instellingen is het aan te bevelen om met naamkaartjes te werken zodat het personeel herkenbaar is. Daarnaast zouden instellingen, zoals in de Riethorst al gedaan wordt, op een centraal punt op de afdeling een foto bord op kunnen hangen met foto's en namen van de therapeuten.

Verantwoording Product: ‘Vaktherapieënboekje’

Naar aanleiding van ons onderzoek zijn wij tot een product gekomen ter ondersteuning van onze aanbevelingen. In deelvraag E, waar de mogelijkheden voor het zo efficiënt mogelijk indelen van de vaktherapie in het weekprogramma beschreven worden, wordt de mogelijkheid benoemd om in het doelengroepboekje ook doelen voor de vaktherapie op te nemen en zo dit boekje een centrale plaats te geven in de vaktherapie. Echter wordt daar ook genoemd dat dit de werkdruk van de verpleegkundigen kan gaan verhogen. Om dit te voorkomen hebben wij er voor gekozen, geïnspireerd door het doelengroepboekje, een product te ontwikkelen voor de vaktherapie. Dit product is een boekje genaamd ‘het Vaktherapieënboekje’. Dit boekje is gemaakt voor cliënten van unit D en E om te gebruiken in en rondom de vaktherapieën. Hierin zijn de volgende punten opgenomen:

Uitleg over de verschillende vaktherapieën

Iedere vaktherapie die de cliënten krijgen wordt hier kort toegelicht. Hierdoor kunnen cliënten gemakkelijk opzoeken wat bepaalde therapieën inhouden en wat zij persoonlijk hier kunnen halen in het kader van hun behandeling. Dit heeft als voordeel dat cliënten meteen het verschil kunnen zien tussen de verschillende therapieën. Ook kan dit hen helpen overtuigen van het nut van de therapie wat motiverend werkt en is gelijk duidelijk wat ze wel en niet kunnen verwachten. Daarnaast kunnen de vaktherapeuten en ook andere hulpverleners cliënten naar dit boekje verwijzen bij onduidelijkheden en vragen.

De vaktherapeuten stellen zich voor

Doordat er veel verschillende therapeuten zijn is het soms ingewikkeld voor de cliënten om hen uit elkaar te houden. Zeker aan het begin van de opname kan het dan fijn zijn als zij in het boekje dit nog eens na kunnen lezen. Hier kan ook persoonlijke informatie komen over waar deze therapeuten in gespecialiseerd zijn zodat de cliënten ook meteen weten bij wie ze het beste met bepaalde vragen aan kunnen kloppen.

Behandeldoelen van de cliënt

Het Vaktherapieënboekje is in eerste instantie een boekje van de cliënten, maar ook een communicatiemiddel tussen de cliënt en de verschillende therapeuten. Door de behandeldoelen te vermelden in het boekje is het voor de cliënt meteen duidelijk dat ook bij de vaktherapie aan deze doelen gewerkt wordt. Ook de therapeuten kunnen dit boekje inkijken en hebben dan gelijk een overzicht van de doelen van deze cliënt zodat zowel de cliënt als de verschillende therapeuten op de hoogte zijn van dezelfde doelen en hier met elkaar aan kunnen werken.

Ruimte voor de cliënt en therapeut om aantekeningen te maken over de ontwikkelingen

Onder de behandeldoelen die hierboven beschreven staan is een open ruimte in het boekje. Dit is de ruimte voor de aantekeningen van de verschillende therapeuten en eventueel ook de cliënt. Hier kan geschreven worden hoe er in de vaktherapie aan dit doel gewerkt is zodat dit inzichtelijk is voor de cliënt en de andere therapeuten. Zo kunnen de therapeuten, omdat ze van elkaar op de hoogte zijn, aansluiten op elkaars werk en is het voor de cliënt ook inzichtelijk dat er aan zijn doelen wordt gewerkt en hoe.

Ruimte voor eventuele vaktherapie-specifieke doelen die niet in het behandelplan zijn opgenomen

Helemaal achterin is er nog ruimte voor de cliënt en therapeut om eventueel in overleg nog extra doelen op te nemen waar in het speciaal aan gewerkt kan worden binnen de vaktherapie. Hieronder kunnen de ontwikkelingen weer op dezelfde manier worden opgeschreven als hierboven genoemd.

Toepasbaarheid in andere instellingen

Het Vaktherapieënboekje hebben wij ontwikkeld voor de vaktherapeuten van de Riethorst unit D en E. Maar bij de ontwikkeling hebben wij ook rekening gehouden met de mogelijkheid om dit boekje breder toepasbaar te maken. In andere soortgelijke instellingen waar bij de vaktherapie doelgericht gewerkt moet worden kan dit boekje worden ingezet. Het concept is gemakkelijk aan te passen aan andere instellingen. De vaktherapeuten zullen daar zelf een omschrijving van hun vaktherapeutische onderdelen, medewerkers en doelen moeten schrijven. Ook hier geldt dat dit inzicht kan geven in wat de vaktherapeuten en vaktherapieën de cliënt te bieden hebben en geeft het een overzicht van de doelen en voortgang voor zowel cliënt als hulpverlener.

Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk willen wij graag terugblikken op ons onderzoek. We willen graag delen hoe wij tot onze resultaten gekomen zijn en wat voor betekenis deze hebben. Verder willen wij onze methodes evalueren.

Terugblik op de hoofdvraag

De hoofdvraag van ons onderzoek luidde: *“Hoe kan de vaktherapie van unit D en E van de Riethorst zo effectief mogelijk worden ingedeeld binnen het weekprogramma zodat op een zo efficiënt mogelijke manier gestalte kan worden gegeven aan het behalen van de behandeldoelen nu er een kortere opnameperiode is?”*

We zijn tot de conclusie gekomen dat de meest belangrijke aanbeveling die we hebben gedaan als antwoord op de hoofdvraag is, dat vaktherapeuten doelgericht gaan werken. Hiervoor is nodig dat de doelen van de cliënt meer zichtbaar zijn voor de therapeuten. Hierdoor worden zij in gelegenheid gesteld deze toe te passen in hun therapie.

Wij hebben door middel van verschillende onderzoeksstijlen namelijk literatuuronderzoek, interviews en enquêtes meerdere invalshoeken van deze vraag bekeken. Op deze manier konden wij de meningen van de medewerkers van de Riethorst, de cliënten van de Riethorst combineren met de informatie die wij konden vinden over onder andere soortgelijke instellingen en Welzijn Nieuwe Stijl om zo een compleet beeld te schetsen waar vanuit we konden werken naar een product. Onze producten bestaan uit de aanbevelingen die u hebt kunnen lezen in dit document en uit het Vaktherapieboekje wat wij voor de vaktherapie van unit D en E hebben ontwikkeld.

Terugblik op de deelvragen

A: *Wat zijn de huidige ontwikkelingen in de psychiatrie wat betreft doelgericht klinisch opnemen en wat voor invloed hebben deze op Unit D en E van de Riethorst?*

De ambulantisering en de daarop volgende beddenreductie zijn de voornaamste veranderingen in de zorg die invloed hebben op Unit D en E. Hierdoor worden de opnames korter en zijn er gemiddeld minder cliënten op de afdelingen. Doordat er doelgericht klinisch gewerkt moet worden is het ook belangrijk dat therapieën evidence based moeten zijn en zo bewijsbaar meehelpen aan het oplossen van het probleem. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de therapeuten die in de andere deelvragen beschreven worden.

B: *Welke signalen laten zien dat de huidige invulling van de vaktherapie binnen het weekprogramma efficiënter gestalte kan krijgen zodat de behandeldoelen behaald worden?*

Door middel van de interviews met de therapeuten zijn we tot een overzicht van deze signalen gekomen: Soms is er gebrek aan overdracht tussen de verschillende disciplines. Dit zorgt ervoor dat hier en daar de rode draad in de behandeling mist; Therapeuten geven ook aan last te hebben van onderbrekingen in het therapieprogramma; Daarnaast kunnen doelen een grotere plaats krijgen binnen de vaktherapie. Deze doelen zijn te weinig bekend bij de vaktherapeuten waardoor het voor hen lastig is aan de hand van deze doelen met de cliënt te werken. De visie die vaktherapeuten hebben op deze signalen is terug te lezen in deze deelvraag.

C: *Wat zijn de wensen en verwachtingen van betrokken partijen ten aanzien van de roostering van de vaktherapie binnen het weekprogramma?*

Vaktherapeuten hebben ook wensen en verwachtingen over hoe de bovengenoemde signalen verbeterd kunnen worden. Zo zouden zij graag therapie op maat geven aan iedere cliënt. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door middel van het aanbrengen van indicatieonderdelen in het programma. Ook zijn wij in gesprek gegaan met cliënten over wat zij vinden dat verbeterd kan worden in het therapieprogramma. Zij zouden graag meer doelgericht werken en willen graag dat de behandeling vooral aansluit bij wat zij persoonlijk nodig hebben in hun herstel.

D: *Op welke manier wordt vaktherapie ingedeeld in weekprogramma's binnen de psychiatrische instellingen?*

In deze deelvraag is beschreven hoe het huidige therapieprogramma er uit ziet op unit D en E, maar ook hoe deze in andere instellingen invulling krijgt. Hierin zijn veel overeenkomsten zichtbaar maar ook verschillen. Zo wordt er in andere instellingen bijvoorbeeld soms meer gebruik gemaakt van het werken met modules. Ook zijn er grote verschillen zichtbaar in de hoeveelheid vaktherapie dat wordt aangeboden in instellingen.

E: *Wat voor mogelijkheden zijn er binnen Unit D en E om de vaktherapie zo efficiënt mogelijk in te delen in het weekprogramma?*

Uit de eerste vier deelvragen zijn een aantal belangrijke mogelijkheden naar voren gekomen om zo efficiënt mogelijk te werken. De belangrijkste mogelijkheden die in deze deelvraag naar voren gekomen zijn draaien voornamelijk om het doelgericht werken binnen de vaktherapieën. Daarbij kan eventueel gebruik gemaakt worden van een doelenboekje. Daarnaast kan het werken met indicatieonderdelen helpen om doelgerichter, en daarmee efficiënter, te werken. Ook is het een mogelijkheid om meer gebruik te maken van de andere disciplines binnen de Riethorst en om cliënten meer verantwoordelijkheid te laten nemen, aansluitend bij de bakens van Welzijn Nieuwe Stijl.

Terugblik op het onderzoek

Aan het begin van ons onderzoek hebben we interviews afgenomen. Het is fijn dat we alle vaktherapeuten en de teamleider van unit D en E hebben kunnen interviewen. Door iedereen aan het woord te laten komen hoorden we alle geluiden die relevant waren voor ons onderzoek. Wat dat betreft had dat niet betrouwbaarder gekund. We hebben deze informatie zo zorgvuldig mogelijk verwerkt volgens de onderzoeksmethode die beschreven staat onder het hoofdstuk 'Onderzoeksmethode'. We hebben daarbij geprobeerd zo betrouwbaar mogelijk te blijven door zoveel mogelijk letterlijk de bewoordingen te gebruiken die de geïnterviewde personen zelf gebruikt hebben.

De beperkingen aan onze methode van onderzoek was bij ons vooral te merken bij de enquêtes die we afgenomen hebben bij cliënten. Momenteel heeft de Riethorst te maken met een beddenreductie op unit D en E en op het moment van afnemen van enquêtes waren er maar 9 mensen opgenomen en later hebben we nog 2 enquêtes kunnen krijgen van een crisisopname en een nieuwe opname. Voor de betrouwbaarheid van ons onderzoek was het kleine aantal cliënten dat we hebben kunnen enquêteren niet zo positief.

Ons literatuuronderzoek is ook zeer nuttig geweest. We hebben veel literatuur gebruikt, voornamelijk in de eerste deelvraag, waar het gaat over de ontwikkelingen in de zorg. Over sommige dingen was er veel informatie te vinden en moesten we een keuze maken uit de meest betrouwbare literatuur. Over andere dingen, zoals hoe andere GGZ instellingen het rooster indelen was het heel moeilijk om relevante literatuur te zoeken. Het was soms lastig hoe we daar uit moesten komen en dat kostte ook veel tijd.

Door drie verschillende onderzoeksmethoden te gebruiken hebben wij veel verschillende mensen aan het woord kunnen laten: vaktherapeuten, cliënten, de teamleider en mensen die wetenschappelijk onderzoek hebben gedaan naar een aanverwant onderwerp. Daardoor hebben wij een breed beeld kunnen neerzetten wat de betrouwbaarheid van ons onderzoek ten goede is gekomen.

Andere mensen die onderzoek gaan doen zouden wij aanraden om eerst zoveel mogelijk enquêtes en interviews te houden zodat er zoveel mogelijk mensen in de instelling zelf gesproken zijn, en daarna pas literatuuronderzoek te gaan doen omdat er dan ook beter zicht is op wat het probleem nou precies inhoudt.

Terugblik op de producten

Allereerst kijken we terug naar de aanbevelingen. Door middel van het bundelen van al onze verkregen informatie in het schrijven van onze vijf deelvragen kregen wij een steeds beter beeld van wat er mogelijk was om (met als doel het beantwoorden van de hoofdvraag) op een nog effectievere manier de vaktherapie in het weekprogramma in te delen met het oog op het efficiënt werken aan de behandeldoelen nu er korter wordt opgenomen. Wij hebben er naar gestreefd alle aspecten van deze hoofdvraag terug te laten komen in de aanbevelingen. Hiervoor hebben wij de verschillende aanbevelingen op onderwerp gerangschikt en toegelicht. Dit is een samenbundeling en praktische uitwerking van de verschillende dingen die in de deelvragen al genoemd en theoretisch verantwoord zijn.

Na het schrijven van de aanbevelingen zijn wij op zoek gegaan naar een praktische vorm waarin wij een aantal van deze aanbevelingen konden realiseren. Wij zijn tot het Vaktherapieënboekje gekomen waarin wordt beschreven wat de vaktherapie inhoudt, wat cliënten daar aan hebben, wie therapeuten zijn, wat de doelen van de cliënt zelf zijn en hoe hier door hem aan gewerkt is bij de vaktherapie. Dit product sluit aan bij een aantal van onze aanbevelingen en is een logisch vervolg op de eerdere stappen van ons onderzoek.

Literatuurlijst

- (2005). *GGZ-ontwikkelingen en gevolgen zorginfrastructuur*. Zorgbouw.
- (2009). *FACT en ACT, Zorg en behandeling in de maatschappij*. Folder.
- (2009). *Toekomstverkenning intramurale zorg*. Trimbos-instituut.
- (2011). Opgeroepen op April 11, 2013, van
<http://www.invoeringwmo.nl/content/programma-welzijn-nieuwe-stijl>
- Evidence based practice*. (2012). Opgehaald van Acedemisch Medisch Centrum:
<http://www.amc.nl/web/Het-AMC/Werken-in-het-AMC/Specifieke-beroepen/Verpleegkunde/Verpleegkunde-in-het-AMC/Evidence-based-practice.htm>
- PAAZ*. (2012, 12). Opgeroepen op 04 24, 2013, van Lievenbergziekenhuis:
<http://www.lievensbergziekenhuis.nl/afdelingen/35-paaz-psychiatrische-afdeling-algemeen-ziekenhuis.html>
- Psychiatrische ziektebeelden*. (2012). Opgeroepen op 05 01, 2013, van Directzorg:
<http://www.directzorg.nl/psychiatrische-ziektebeelden>
- Opnameafdeling psychose 1*. (2013). Opgeroepen op 04 24, 2013, van UMCG:
http://www.umcg.nl/NL/ZORG/VOLWASSENEN/OPNAME/UNIVERSITAIR_CENTRUM_PSYCHIATRIE/OPNAME_PSYCHOSEN_1/Pages/default.aspx
- Polikliniek Persoonlijkheidsstoornis*. (2013). Opgeroepen op 04 24, 2013, van GGZ inGeest:
<http://www.ggzingeest.nl/thema/client-en-familie/hulpaanbod-per-regio/regio-zuid-Kennemerland/cat-poli-persoonlijkheidsstoorn/poli-persoonlijkheidsstoornis/>
- Actiz. (2010, April). *Een nieuwe koers voor toekomstbestendige zorg*. Opgehaald van Actiz:
<http://www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=2978>
- Benneker, R. (2012). *Beroepscompetentieprofiel GZ-vaktherapeut*. Utrecht.
- Bersee, L. (2009). *Werken met modulen*. Utrecht.
- Bersée, L. (2009). *Werken met modulen*. Afstudeeronderzoek, Hogeschool Utrecht, Amersfoort.
- Blankevoort. (2009). *Handboek effectief opkomen voor mantelzorgers*.
- Brandsma, M. (2007). *Zorg op maat: Wat betekent dit in de praktijk*. Jaarverslag, Fier Fryslân.
- Cleven. (2001). Handleiding moduleontwikkeling . (NVTC, Red.) *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2001(Themanummer).

- Coninx, A. (2006, Juni 27). *Belang van het multidisciplinair werken*. Opgehaald van [www.teach2care.be: www.teach2care.be/content.../081030101955.ppt](http://www.teach2care.be/content.../081030101955.ppt)
- Cornet, E. M. (2010). Hardlopen als alternatief voor antidepressiva. *MedNet*, 2010(12), 26,27.
- Elsen, W. v. (2012, 02 06). Schippers steunt beddenreductie GGZ Noord Holland Noord.
- GGZ inGeest. (2013). *Klinische zorg (opname)*. Opgehaald van GGZ inGeest: <http://www.ggzingeest.nl/thema/client-en-familie/ouderen/behandelaanbod/klinische-zorg/>
- Gulik, S. v. (2010). *Mondelinge overdracht*. Den Haag: Academie voor Sociale Professions, Haagse Hogeschool.
- Hendriksen, F. (2011). Opgeroepen op 04 24, 2013, van Dagbestedingscentrum single 31: <http://members.chello.nl/singel31/>
- Kerkhof, M. v. (2011). Het heilige bed gaat op de helling. *Psy*, 2011(nr 2), 14 - 17.
- Kluft, M. (2011). *Zeg, bent ú misschien die nieuwe professional?*
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Welzijn nieuwe stijl*. Den Haag.
- Muis, M. (2010). *De zwakste groep GGZ-cliënten krijgt de zwaarste klappen*. Opgeroepen op 05 01, 2013, van NCPN: <http://www.ncpn.nl/manifest/2010/09/ggz.htm>
- N.N. (2007). *Vaktherapie*. Opgehaald van De koppeling: <http://www.dekoppeling.com/behandeling/methodiek/vaktherapie/>
- N.N. (2010). Bedrijfskundig onderzoeks- en adviesbureau HHM. GGZ Noord-Holland-Noord.
- N.N. (2012, Augustus). *Evidence based practice*. Opgehaald van Canon - Geestelijke gezondheidszorg NL: http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=19
- Nieuwenhuis, M. (2010). *Soorten Doelen*. Opgehaald van The Art of Management: http://123management.nl/0/070_methode/a720_methode_06_doelen.html
- NOS. (2012, 07 18). *Fors minder bedden in de GGZ*. Opgeroepen op 04 16, 2013, van NOS: <http://nos.nl/artikel/385133-fors-minder-bedden-in-de-ggz.html>
- Oostende, H. (2011). *Voorstelling clientoverleg Sociaal*.
- Pro Persona. (2013). *Missie en visie*. Opgeroepen op Mei 1, 2013, van Pro Persona, geestelijke gezondheidszorg: <http://www.propersona.nl/Home/Over%20Pro%20Persona/Missie%20en%20visie/>

- Psychiatrie Nederland. (2009, 05 07). *Hospitalisatie*. Opgeroepen op 04 16, 2013, van Psychiatrie Nederland: <http://psychiatrie-nederland.nl/word/hospitalisatie/>
- Psy. (2012, Juli 9). *Psychiatrische patiënt wordt beter van zelfmanagement*. Opgehaald van Psy; over geestelijke gezondheid en verslaving: <http://www.psy.nl/meer-nieuws/dossier/Artikel/psychiatrische-patient-wordt-beter-van-zelfmanagement/>
- Rentelaar, I. (2011). *GZ-vaktherapeut, beroepscompetentieprofiel*. Utrecht: Federatie voor vaktherapeuten.
- Rentenaar, I. (2012). *GZ-Vaktherapeuten beroepscompetentieprofiel*. GGZ-Nederland, Federatie Vaktherapeutische beroepen, Utrecht.
- Rentenaar, I. e. (2012, Juli). *GZ-Vaktherapeut Beroepscompetentieprofiel*. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Ruysdael. (2012). *‘Meer met minder’ een veel gehoord adagium in de zorg*. Houten.
- Schenk, L. V. (2011, April 13). *Evidence based werken in de GGZ*. Opgehaald van Nationale en internationale trends in de hulpverlening: <http://hrosph.wordpress.com/2011/04/13/evidence-based-werken-binnen-de-ggz/>
- Smeets, D. W. (2007, 01 22). *Zorg op maat. Een trainingsunit 'afbouw intensieve zorg' ten behoeve van patiënten uit de langdurige complexe zorg*. Opgeroepen op 04 17, 2013, van Zonmw: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/zorg-op-maat-een-trainingsunit-afbouw-intensieve-zorg-ten-behoeve-van-patienten-uit-de-langdurig/voortgang/>
- Smeijsters, D. H. (2009). *Innovatieprogramma Beroepsontwikkeling Vaktherapeuten*. Hogeschool Zuyd .
- Veldhuizen, R. v. (2011). Van bedden naar betere zorg in de buurt. *Zorgvisie magazine*, 14-16.
- Veldhuizen, R. v. (2011, Februari). Van bedden naar betere zorg in de buurt. *Zorgvisie magazine* , 2011(2), 14 - 16.
- Veldhuizen, R. v., Bähler, M., Polhuis, D., & Os., J. v. (2010). *Handboek Fact*. Utrecht, Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Vries, H. d. (2010). *Brochure Vaktherapie*. Opgeroepen op 04 16, 2013, van Waterlandziekenhuis: [http://www.wlz.nl/32B67BAEC8AEAB1FC1257A4D004A9CE4/\\$FILE/04713%20PAAZ%20brochure.pdf](http://www.wlz.nl/32B67BAEC8AEAB1FC1257A4D004A9CE4/$FILE/04713%20PAAZ%20brochure.pdf)
- Weijs, N. d. (2007). *Evidence-based diëtetiek: principes en werkwijze*.

Westra, D. (2010). *Behandeling voor ernstige borderline persoonlijkheidsstoornissen*. Arkin, PuntP. Amstelveen: Arkin.

Wijhe, R. v. (1996, 02). *Methodisch werken, kwaliteit en klantgericht werken*. (BTSG)
Opgeroepen op 04 16, 2013, van InfoBulletin:
<http://www.btsg.nl/infobulletin/methodischwerken.html>

Wunderink, C. d. (2012, Juli 26). *Zelfstandig wonen voor psychiatrische patiënt – een
waanvoorstelling?* Opgehaald van Sociale vraagstukken:
<http://www.socialevraagstukken.nl/site/2012/07/26/waanvoorstelling-zelfstandig-wonen-voor-psychiatrische-patient/>

Bijlagen

Bijlage A – Logboek

Week	Onderwerp	Marijke	Jacqueline	Gezamenlijk	Hoe verliep de week?
49 (2012)	Afstudeer aanvraag			x	We hebben gekozen om bij de Riethorst af te studeren en zijn met een vaktherapeut en de teamleider in gesprek gegaan over het onderwerp
8 (2013)	Plan van Aanpak			x	We hebben deze week het plan van aanpak voor de eerste keer ingeleverd.
9	Gesprek Marieke			X	Deze week zijn we met zowel onze opdrachtgever als onze afstudeerbegeleider om tafel gaan zitten om op één lijn te komen wat betreft het plan van aanpak. Deze hebben we naar aanleiding van hun feedback weer aangepast.
	Gesprek Sonja			x	Gesprek met onze afstudeerbegeleider gehad. Stemde in met de grote lijnen van ons plan van aanpak, wel nog enkele aanpassingen.
	Plan van Aanpak aanpassen			x	
	Literatuur vanuit eerder afstudeeronderzoek doornemen	x	x		Afstudeeronderzoek vanuit de instelling meegekregen, deze doorgelezen.
11	Gesprek Jochum			x	Gesprek gehad met Jochum Muurling, onderzoeksdocent over het plan van aanpak, hij had nog wat kritische noten op de verwoording van onze deelvragen, deze waren te suggestief. De grote lijnen waren wel goed.
	Plan van Aanpak aanpassen			x	We hebben er, na overleg met onze afstudeerbegeleider, deze week voor gekozen een extra deelvraag toe te voegen (deelvraag A) aan ons document om meer duidelijkheid te bieden over de beddenreductie en doelgericht klinisch opnemen

					en de huidige veranderingen in de zorg. Hier hebben we ons plan van aanpak ook op aangepast.
12	Interviews met Linda, Sonja, Anneke, Inez, Ron en Elly			x	Deze week hebben we een 'go' gehad voor ons onderzoek. Deze week zijn we begonnen met de interviews. We krijgen steeds meer een beeld van waar we heen gaan qua onderzoek en wat men van ons verwacht. Aan de hand hiervan zijn we nu ook literatuur aan het zoeken.
	Gesprek met Marike			x	Gesprek met Marike gehad over de voortgang. Geen bijzonderheden.
	Beginnen met transcripten, fragmenteren en labelen	x	x		Samenwerking verloopt prima. Werk is evenredig verdeeld, dit zijn wel zware weken waarin we lange dagen aan het afstuderen zijn.
	Literatuur verzamelen	x	x		
13	Enquêtes unit D en unit E			x	Deze week hebben we enquêtes afgenomen bij unit D en E. We hebben er voor gekozen geen interviews met cliënten te houden omdat we te maken hebben met zware psychiatrie en veelal erg verwarde mensen die al moeite genoeg hadden met onze meer gestructureerde enquête.
14	Uitwerken van enquêtes			x	Deze week hebben we de laatste hand gelegd aan het verwerken van alle informatie die we van de hulpverleners en cliënten op de Riethorst hadden gekregen. Dit is de basis waarvan we volgende week kunnen gaan schrijven.
	Uitwerken interviews			x	Neemt veel tijd in beslag. We krijgen wel al meer overzicht over alle informatie die we verzameld hebben.
15	Schrijven deelvraag B	x			Deze week hebben we de eerste deelvragen

					geschreven. We hebben een globale verdeling gemaakt van wat we ieder voor zich gaan doen en wat we samen doen. Ook hebben we een planning gemaakt van alle taken die er moeten gebeuren en wanneer dit af moet zijn en op welke dag we dit doen. Dit werkt prettig omdat we weten waar we aan toe zijn en we meer overzicht hebben..
	Schrijven deelvraag C		x		
16	Schrijven deelvraag A			x	Deze week stond vooral in het teken van deelvraag A. Deze vraag was moeilijk te schrijven maar door goede samenwerking en doorzetting is het wel gelukt. Ook hebben we onze eerste feedback terug. We hebben er voor gekozen per deelvraag die we af hebben dit document door te sturen naar onze opdrachtgever en afstudeerbegeleider zodat wij snel feedback krijgen en zij niet alles in één keer hoeven te lezen. Deze feedback hebben we meteen verwerkt wat maakt dat we de eerste deelvragen klaar hebben voor onze concept scriptie.
	Feedback verwerken op deelvraag B en C			x	
17	Schrijven deelvraag D		x		Deze week hebben we de laatste deelvragen geschreven. Het wordt steeds lastiger om nieuwe dingen te zeggen maar door ons te verdiepen in literatuur komen er toch steeds weer nieuwe dingen naar boven. Daarnaast zijn we bezig met alle dingen naast de deelvragen die ook in het document behoren. Deze sturen we wel gewoon met ons concept voor het

					eerst mee voor feedback.
	Schrijven deelvraag E	x			
	Aanbevelingen			x	Bij het aanbevelingen schrijven is het fijn om het geschrevene samen te vatten in een aantal praktische handvatten.
	Voorwoord		x		
	Inleiding en achtergrond project		x		
	Onderzoeks methode	x			
	Conceptversie maken van einddocument	x			De conceptversie is gemaakt met alle dingen die we tot nu toe hebben. Dit geeft een mooi overzicht van wat er al gedaan is en wat er nog moet gebeuren.
18	Feedback verwerkt deelvragen A, D en E			x	Deze week is werken aan de laatste lootjes. Feedback verwerken en alle kleinere dingen schrijven. Eind deze week willen wij ons concept opgestuurd hebben. We zijn erg trots op het resultaat.
	Deelvraag A aangevuld	x			
	Feedback van de aanbevelingen verwerkt		x		
	Samenvatting geschreven		x		
	Labelschema		x		
	Vaktherapieënboekje + verantwoording			x	Wat ontzettend leuk om een aantal aanbevelingen te verwerken in een concreet product. We hebben hier met veel plezier aan gewerkt.
	Hoofd en deelvragen op en rijtje zetten en invoegen in einddocument	x			
	Conclusie			x	
	Stukje over	x	x		

	de Riethorst				
	Conceptversie van einddocument verbeterd	x			De conceptversie is af, we zijn erg benieuwd wat het op gaat leveren aan feedback.
	Literatuurlijst	x			
	Logboek			x	

Beroepsontwikkeling

Door dit afstudeeronderzoek hebben we ons verdiept in de laatste ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor hebben wij een goed beeld van hoe deze ontwikkelingen, met name aangaande Welzijn Nieuwe Stijl, de afgelopen tijd zijn verlopen en ook wat de plannen zijn voor de toekomst. Wij zien de voor en nadelen hiervan in die we voor dit onderzoek nog nooit eerder bedacht hadden. Door dit in kaart te brengen zullen geïnteresseerden die dit onderzoeksverslag lezen hiervan ook op de hoogte zijn. Dit geldt niet alleen voor de ontwikkelingen in de psychiatrie, maar ook specifiek over wat voor invloed dit heeft op de klinische vaktherapie. Wij hebben in kaart kunnen brengen wat voor aanpassingen aan de huidige werkwijze deze tijd van hen vraagt en hier onze aanbevelingen op gestoeld.

Samenwerking

Ons samenwerkingsproces in dit onderzoek is erg goed verlopen. We zijn samen tot het besluit gekomen waar wij graag wilden afstuderen en zijn naar de instelling gegaan om in overleg met de betrokkenen een onderwerp te kiezen. Samen hebben wij, ondersteund door verschillende leerkrachten en opdrachtgevers, een steeds completer plan van aanpak geschreven en zijn aan de slag gegaan. Op het moment dat we echt van start konden omdat ons plan compleet was hebben wij een planning gemaakt en afspraken gemaakt over tijden en dagen dat we aan afstuderen zouden werken. Wat betreft verdere opdrachten voor school liepen we ook parallel zodat we op dezelfde tijd vaak met soortgelijke dingen bezig waren wat maakte dat we altijd onze vragen aan elkaar konden stellen. Door jaren lange vriendschap en ervaring in samenwerken verliep dit zonder problemen en vulden we elkaar mooi aan. Toen we eenmaal de interviews hadden afgenomen begon voor ons een drukke periode met het prepareren van informatie en dit verwerken tot deelvragen. We hadden onze planning zo gemaakt dat we ruimte genoeg hadden om soms uit te lopen. Dit gebeurde ook hier en daar maar zorgde nooit voor onoverkomelijk veel stress omdat we de tijd wel hadden. Wel waren we elke dag in die periode 6 tot 10 uur non-stop bezig met het schrijven van onze scriptie, wat erg veel was. De laatste week voor het inleveren werd alles weer rustiger. Door de goede planning hadden we toen nagenoeg alles af en was de laatste week er voor de laatste kleinere hoofdstukken en de puntjes op de i. Dit maakt dat we in onze ogen ook genoeg tijd hadden om het naar tevredenheid af te ronden. We zijn erg trots op het resultaat.

Bijlage B – Interviewvragen Elly Jansen

1. Wie ben je en wat is je functie?
2. Hoe is de huidige invulling van de vaktherapie binnen het weekprogramma?
3. Waarom dat nu op deze manier geroosterd is?
4. Weet je hoe dit in andere psychiatrische instellingen gedaan wordt?
5. Wat zou de ideale roostering zijn van de vaktherapie binnen het weekprogramma?
6. Wat zijn belangrijke beperkingen en mogelijkheden van cliënten waar rekening mee moet gehouden worden bij het inroosteren van de vaktherapie?
7. Wat zijn momenteel de belangrijkste veranderingen in de zorg die relevant zijn voor de instelling?
8. Wat voor gevolgen heeft dit op de werkvloer van de vaktherapeuten en hun invulling van het weekprogramma?
9. Wat is het verschil tussen de behandeldoelen van de cliënt en de persoonlijke doelen die zij hebben?
10. Welke plaats nemen beide in, in de behandeling van de cliënt?
11. Welke vaktherapeut zit er bij de behandelbespreking van unit D en E?
12. Wanneer stelt de cliënt zijn persoonlijke doelen op in de behandeling?
13. Hoe worden de persoonlijke doelen van de cliënt bekend bij het hele behandelteam?
14. Hoe zouden de persoonlijke doelen van de cliënt effectiever kunnen worden ingezet bij de vaktherapie?
15. Heb je nog vragen of opmerkingen die je nog wil toevoegen?

Bijlage C – Interviewvragen vaktherapeuten

1. Wie ben je en wat is je vakdiscipline?
2. Hoe vaak geef je therapie aan Unit D en E?
3. Hoe is de huidige invulling van de vaktherapie binnen het weekprogramma?
4. Weet je waarom dat nu op deze manier geroosterd is?
5. Weet je hoe dit in andere psychiatrische instellingen gedaan wordt?
6. Geef eens een voorbeeld van een aantal behandeldoelen die cliënten hebben waar aan gewerkt wordt bij de vaktherapie.
7. Wat heb jij als vaktherapeut nodig in de roostering om de cliënten deze doelen te laten halen?
8. Wat denk je dat de zwakke punten in de roostering van de vaktherapie zijn?
9. Wat zou de ideale roostering zijn van de vaktherapie binnen het weekprogramma?
10. Wat denk je dat cliënten het liefst als therapieprogramma zouden hebben?
11. Zouden Unit D en E samen therapie kunnen krijgen? Waarom wel of niet?
12. Wat zijn belangrijke beperkingen en mogelijkheden van cliënten waar rekening mee moet gehouden worden bij het inroosteren van de vaktherapie?
13. Als jij het voor het zeggen zou hebben, wat zou je dan willen veranderen in de inroostering van de vaktherapie van Unit D en E?
14. Heb je nog vragen of opmerkingen die je nog wil toevoegen?

Bijlage D – Labelschema

Labels deelvraag A

1.7.A.1.1. De voornaamste verandering is dat de visie is ambulant is leidend tenzij.

Label: Ambulant is leidend

1.7.A.2.1. De voornaamste verandering is dat de visie is ambulant is leidend tenzij. Vanuit die visie is het ook gesteld dat de opnames zo kort mogelijk moeten zijn en worden er ook bedden gesloten en dat bedden sluiten heeft ook heel duidelijk als doel dat je ook de opnames korter moet maken want je hebt gewoon niet zo heel veel plek.

Label: Bedden sluiten

1.7.A.3.1. Als je kortere opnames hebt dan moet dat ook steeds doelgericht en dat betekend dus ook voor de vaktherapeuten dat ze niet een heel lang traject met iemand in kunnen gaan. Dus je moet veel concreter kijken van welk doel is haalbaar in die tijd. Of wat kan ik bereiken en hoe kan die patiënt daarna verder.

Label: Doelgericht werken

1.7.A.3.1. Meer met elkaar zoek naar als je heel doelgericht wil werken en je moet dat in een hele korte periode doen. Welke activiteiten kun je daar dan goed voor inzetten en welke zijn daarvoor wat minder geschikt. Dat je ook weer is nieuwe input krijgt. Want van oudsher had je natuurlijk bij unit D waar mensen soms wel 6 tot 8 maanden waren koos je ook soms ook wel voor andere technieken ook wel bijvoorbeeld. Of voor andere doelen.

Label: Doelgericht werken in een korte periode

1.8.A.2.1. Het gevolg dat het voor ons allemaal heeft en dus ook voor hen is dat je enorm hoge verloop heeft van patiënten.

Label: Verloop patiënten

1.8.A.3.2. Dus dat het ook veel moeilijker is om op de hoogte te blijven van waarom is deze patiënt bij ons opgenomen. Wat is de achtergrond en wat is het doel? Dat wordt steeds moeilijker.

Label: Moeilijk op de hoogte te blijven

1.8.A.3.1. Als je dan bedenkt dat dat voor alle patiënten hier zo is dan heeft dat ook op die manier gevolgen voor hen. Want dan moet je voorbereiden dan moet je schrijven.

Label: Meer werk voor vaktherapeuten

1.9.A.1.1. Nou de kreet van tegenwoordig is wel dat je evidence based moet werken.

Label: Evidence based

1.9.A.2.1. Dus waar je in ieder geval heel erg naar moet kijken van welke therapie is evidence based en welke therapie moet je in ieder geval aanbieden. En waar is die dan evidence based voor.

Label: Aanbieden evidence based therapie

1.9.A.3.1. Kijk running is evidence based voor met stemming. Health for you is wel heel erg geschikt voor mensen vanuit het zorgprogramma psychotische stoornissen.

Label: Aanbieden evidence based therapie

1.10.A.2.1. Dat we in de intake wel heel duidelijk uitleg willen geven over wat er gaande is in de psychiatrie. We leggen uit over dat doelgericht klinisch werken. En we leggen uit wat wij wel kunnen bieden en vooral ook wat we niet kunnen bieden.

Label: Gevolgen veranderingen in de zorg voor cliënten

2.8.A.3.1. Uiteindelijk zijn ze hier vrijwillig allemaal dus als ze het echt niet zien zitten dan hoeven ze natuurlijk niet

Label: Niet verplicht

4.7.A.2.1. Ik zou graag wat langer met mensen.. een.. anderhalf uur bezig willen zijn. Ik vind dat omdat het ervaren dat moet je eerst ervaren. En dan kun je daar over nadenken en dan kun je dat spiegelen en toetsen en dan kun je het er eens over gaan hebben.

Label: Tijdgebrek

4.7.A.2.2. Ik kan het ook in een half uur, maar ik vind het fijn om daar wat aandacht aan te besteden. En soms heb ik het idee dat ik het aan het einde dan aan het afraffelen ben

Label: Tijdgebrek

4.7.A.2.3. Ik kan het ook in een half uur, maar ik vind het fijn om daar wat aandacht aan te besteden. En soms heb ik het idee dat ik het aan het einde dan aan het afraffelen ben

Label: Tijdgebrek

5.8.A.1.1. Ik denk dat wij nog heel erg vast zitten qua roostering en het werken aan doelen in het oude systeem waar we mensen maanden hier waren. Dus je gaat eerst heel rustig kijken ze wat leren kennen van wat zullen we is gaan doen? Nu je mensen soms maar 3 4 weken hebt en je dan heel erg moet oppassen dat je niet ja een soort recreatie gaat aanbieden.

Label: Kortere opname's

5.8.A.2.1. Nu je mensen soms maar 3 4 weken hebt en je dan heel erg moet oppassen dat je niet ja een soort recreatie gaat aanbieden. Maar dat je toch probeert wat meer op te zetten wat concreter bij te dragen aan de behandeldoelen.

Label: In korte tijd optimaal werken aan doelen

5.13.A.2.1. Ik denk dat waar het naar toe gaat ook afhankelijk is nu duidelijk dat we met 16 bedden boven gaan werken maar hoe die precies worden ingevuld welke zorgprogramma's daar op komen te staan dat is nog niet helemaal duidelijk.

Label: Onderduidelijkheid over de toekomst

Labels deelvraag B

1.8.B.2.1. Je hebt de afspraak dat je een behandelplanbespreking in de eerste week van opname. Dan heb je vooral de introductie. En dan spreken we de bejegening af van wat voor bejegening heeft die patiënt nodig. En dan gaan we kijken naar het doel van de opname. En dan de week erna wordt er besproken van nou hoe is nou de eerste week verlopen en wat voor afspraken moeten we nu nog maken. En twee weken daarna moet je dan al bijna weer een bespreking doen omdat dan waarschijnlijk de opnametijd er al bijna op zit.

Label: Veel behandelplanbesprekingen

1.9.B.1.1. Wij vinden het heel erg jammer dat iedereen gewoon precies hetzelfde programma moeten doen ook als dit helemaal niet aansluit bij wat die patiënt wil of bij de doelen die hij heeft.

Label: programma sluit niet aan bij doelen

1.10.B.2.1. Bij die doelen van het behandelteam zie je dat bijvoorbeeld doelen zijn als bestrijden depressie.

Label: In behandelplanbespreking hele brede doelen

1.10.B.2.2. J: Is het ook nuttig voor de vaktherapeuten om die kleine doelen ook onder ogen te krijgen?

E: Die krijgen ze ook. Wat we doen is dat als de verpleegkundige de behandelplanbespreking voorbereid. Dan zal die verpleegkundige ook altijd erin schrijven de eerste x ik heb de doelen zijn met mevrouw of meneer opgesteld en dit zijn de doelen.

Label: Verpleegkundige vertelt doelen bij behandelbespreking

1.10.B.2.3. Maar de therapeuten zijn er dus van op de hoogte.

Label: Therapeuten op de hoogte van doelen

1.10.B.1.1. Ze krijgen de behandeldoelen onder ogen want die staan gewoon in het behandelplan dus die kunnen ze gewoon inzien.

Label: Behandeldoelen in behandelplan

1.10.B.1.2. En die schrijft dan ik heb met de patiënt de doelen opgesteld voor de doelengroep en die doelen zijn die die en die.

Label: Verpleegkundige stelt met patiënt de doelen op

1.13.B.2.1. En die hebben we ook uitgewerkt in het doelenboek

Label: Doelenboekje

1.15.B.1.1. De persoonlijke doelen die de patiënt die worden heel vaak opgepakt door de verpleegkundige en dan ook door een verpleegkundige bril bekeken.

Label: Verpleegkundige stelt doelen op vanuit eigen inzicht

1.15.B.1.2. Dat het te lang duurt omdat die schakel van de verpleegkundige er dan zo tussen zit. Dat dat dat zou nog wel kunnen verbeteren denk ik.

Label: Teveel tussenschakels

1.15.B.1.3. Ja want eigenlijk als een als een vaktherapeut op dezelfde manier naar de behandeldoelen kijkt als de verpleegkundige dan kunnen zij ook op hun manier ook weer een hand geven aan hun vak.

Label: Vaktherapeuten zelfstandig werken aan doelen

1.15.B.1.4. Als het doel is uhm bestrijden van de depressie dan zal de verpleegkundige ook heel erg in de hoek kijken van ADL dus bijvoorbeeld of sociale contacten en uh want dat is nou eenmaal waarin wij zijn opgeleid. Terwijl een uh iemand van de PMT uh veel meer direct denkt aan running.

Label: Andere invalshoek

2.6.B.2.1. Op gebied van als je mensen met depressie of met wat manische ontremming dat je wat meer op structuur gaat zitten of expressioneel zit je inderdaad ook op wat meer het affect wat meer ontwikkelen zeg maar. Soms op omgaan met emotie of samenwerking bijvoorbeeld. Er zijn ook wel mensen inderdaad die het heel lastig vinden om iets samen te doen inderdaad en dan op het gebied van samenwerking kan je daar heel mooi opdrachten en dingen om heen maken zeg maar en doen.

Label: Voorbeelden behandeldoelen

2.6.B.2.2. En uh gewoon op iets van ontspannen en ontwikkeling van eigen hobbys en interesses. Dat is ook heel erg belangrijk onderdeel. Dat zie je bij heel veel mensen zeker bij psychiatrisch patiënten dat dat een beetje weggezakt is.

Label: Belang van hobby's ontwikkelen

2.6.B.2.3. Unit E daar heb je in grote lijnen wel wat gelijke doelen zeg maar dus het loopt soms wel is wat uiteen maar je kan er wel een grote gemene deler vaak uithalen.

Label: Unit E gezamenlijke doelen

2.6.B.2.4. L: De doelen?

J: Ja worden die ook genoemd?

L: Nee eigenlijk niet.

Label: Doelen niet genoemd bij behandelbespreking

2.6.B.2.5. De behandelbespreking gaat meer eigenlijk over de voortgang van de behandeling. Wat er werkt qua aanpak in de zin van hoe gaat het met ze. Maar doelen... in het doelenboekje komen die voor denk ik zo.

Label: Doelen niet genoemd bij behandelbespreking

2.6.B.2.6. Maar het is niet zo dat dat uit de behandelbespreking zo heel helder naar voren komt.

Label: Doelen komen niet helder naar voren

2.7.B.1.1. Als je niet op de hoogte bent is dat heel vervelend. Maakt het ook heel onveilig voor cliënten zeg maar.

Label: Veiligheid cliënt

2.8.B.1.1. En mensen hebben daarbinnen ook nog andere prioriteiten ook dat ze thuis zo wat dingetjes moeten gaan regelen en organiseren dus ze doen al lang niet meer het hele programma mee.

Label: Cliënten draaien niet het hele basisprogramma mee

2.8.B.2.1. Dat vinden mensen vaak wel spannend even maar ja dat is gewoon de formule. Maar het zit boven niet zo in het systeem dus dan is de drempel ook veel hoger.

Label: Hoge drempel

2.12.B.1.1. Ik denk dat je ook wat ruimte moet geven voor de onderhandeling. Er moet ook wat ruimte in het basisprogramma zitten om wat te onderhandelen. Zeker bij unit E.

Label: Ruimte voor onderhandelen

3.6.B.1.1. Nou ik moet zeggen, binnen de AT krijg ik niet veel mee van behandeldoelen. Dus ik mis ze altijd een beetje.

Label: Vaktherapeut mist de doelen

3.6.B.2.1. Nou ik moet zeggen, binnen de AT krijg ik niet veel mee van behandeldoelen. Dus ik mis ze altijd een beetje.

Label: Vaktherapeut mist de doelen

3.6.B.1.2. Nee, die komen niet bij mij terecht.

Label: Doelen komen niet bij vaktherapeut

3.6.B.1.3. En ik moet zeggen, ik weet ook niet waar ik ze moet vinden eigenlijk, nee

Label: Vaktherapeut weet de doelen niet te vinden

3.6.B.1.3. Maar de behandeldoelen komen denk ook niet in de bespreking echt terug

Label: Doelen komen niet terug in behandelplanbespreking

3.8.B.1.1. Ik denk dat je af en toe groepen ziet met mensen die je amper kent en dat er.. eh.. en dat je daarmee aan de slag gaat, ik denk dat dat efficiënter kan. (...) Ik moet toch.. ik zit ook praktisch te denken, als je veel groepen wilt zien heb je er weinig tijd om achter de computer te zitten en om bij de verpleegpost te gaan praten en die tijd is sowieso, die wordt steeds schaarser. Dus ik zie daar wel het probleem liggen. Je moet eigenlijk in één overzicht kunnen zien, in één blik kunnen zien wat alle doelen zijn, of die even kunnen kopiëren in plaats van dat ik daar naar op zoek moet gaan of per persoon inloggen op de computer ofzo..

Label: Efficiënter werken door middel van gebruik doelen

3.13.B.1.1. Ik denk veel wordt geregeld vanuit de verpleegkundige en vanuit de behandelaren en die hebben niet altijd één gedachte van ik moet iemand ook nog wat meegeven wat die mee binnen de therapie kan nemen ofzo, ik denk dat daar een scheidslijn ligt en dat is af en toe jammer, dat wat hier gebeurt niet mee naar de afdeling wordt genomen en wat de afdeling gebeurt niet altijd mee wordt genomen hiernaar toe. Ik denk dat lijntje moet korter worden.

Label: Kortere lijn tussen verschillende disciplines

3.13.B.1.2. Ik denk dat dat heel erg afhangt van de tijd die de therapeuten en verpleegkundige heeft, als die beide tijd hebben is er misschien wel een overdracht, maar als dat er niet is.. als één van die twee geen tijd heeft, dan schiet die er al bij in.

Label: Overdracht schiet er bij in

3.13.B.1.2. En de groep doe je dan eigenlijk maar gewoon.. Kort door de bocht gezegd doe je maar wat. Je weet natuurlijk wel wat je doet, maar het kan efficiënter.

Label: Overdracht wordt gemist

3.13.B.1.3. Ik denk als je in ieder geval daarbij bent, dan weet je wel de rode draad van de behandeling van iemand en eh.. daar ben je dan in ieder geval meer van op de hoogte. Maar het is niet haalbaar dat als je alle groepen ziet om dan bij alle behandelbesprekingen aanwezig te zijn. Dan praat je meer over cliënten dan dat je ze ziet, dus daar moet de balans ook wel in te vinden zijn..

Label: Tijd verdelen tussen behandeloverleg en therapie

4.3.B.2.1. Unit D en E hebben wel thema's waar ze aan werken

Label: Weekthema's

4.3.B.2.2. Dat vind ik wel een fijn houvast.

Label: Weekthema fijn houvast

4.3.B.2.3. En dat vraag je dan bij de verpleegpost? A: Ja..

Label: Hoe kom je de weekthema's te weten

4.3.B.1.1. Ik vraag het ook wel eens aan de groep. Maar die hebben dan vaak helemaal, zeker na een weekend weer thuis, dan weten ze dat vaak niet meer.

Label: Hoe kom je de weekthema's te weten

4.5.B.1.1. Ik loop altijd naar de verpleging vooraf als ik daar tijd voor heb, of naderhand als er iets gebeurt is. Mondeling, want als je het opschrijft merk ik dat ze de helft niet lezen. En als het echt nodig is schrijf ik het in de rapportage.

Label: Rapportage wordt niet gelezen

4.6.B.2.1. Het uiten van emotie.. maar eerst het herkennen, dat vind ik belangrijk

Label: Doelen bij de vaktherapie

4.6.B.2.2. Dat staat in hun doelengroep.

Label: Hoe kom je de doelen te weten

4.6.B.2.3. De behandeldoelen zijn vaak heel abstract, dat wordt gemaakt door het behandelteam, verminderen van depressie.

Label: Abstracte behandeldoelen

4.6.B.2.4. En ook concentratie, kan ik doorzetten als ik fouten maak, hoe ga ik met fouten om? Ben ik teleurgesteld in mezelf?

Label: Doelen bij de vaktherapie

4.6.B.2.5. Ook werk ik aan belemmerende gedachten

Label: Doelen bij de vaktherapie

4.8.B.1.1. Weet je ik mis soms informatie

Label: Er mist informatie

4.8.B.1.2. Je moet het maar aan elkaar kletsen en als je een mooie rode draad hebt, zoals die thema's. J: Ja, dan kan je ook beter met elkaar communiceren en samenwerken denk ik..

A: Ja, dan heeft de cliënt ook het gevoel dat er structuur.. eh. Ze weten ook wel dat we allemaal samenwerken, maar als we een thema..

Label: Rode draad in behandeling mist

4.8.B.1.3. En zeker bij Unit D, dat is een grote groep met chronisch zieke mensen en die krijgen soms zulke grote brokstukken dat ze het zelf niet kunnen verhapstukken.

Label: Te grote brokstukken

4.8.B.1.4. Want soms is het zo jammer, dan denk ik, zo'n mooi thema, als ik dat geweten had, had ik het zo op kunnen pakken. Dat soort dingen, dus thema's en de rode draad. Vroeger hadden we ook map waar we met z'n allen in schreven, dat hebben we ook niet meer, het moet allemaal apart in het dossier. Het is een beetje verindividualiseert.

Label: Individualisering hulpverlening

4.9.B.1.1. Dan had je ook tijd om heel grote dingen te maken, groot schilderij.. Dat heb je nu ook, maar dan moet je na een uur weer stoppen en alles opruimen.

Label: Dagdelen therapie

4.12.B.1.1. Dat kan niet altijd natuurlijk, maar dat de psychiater en de psycholoog een beetje rekening mee houden dat ze niet constant uit het therapieprogramma gehaald worden voor een gesprek.

Label: Geen afspraken onder therapieprogramma

4.13.B.1.1. Ik vind dat we te weinig credits krijgen voor alle goede dingen die wij doen omdat we niet evidence based zijn.

Label: Vaktherapie krijgt te weinig credits

4.14.B.1.1. We moeten een beetje uit de hokjes komen.

Label: Uit hokjes komen

5.6.B.2.1. Vergroten van sociale vaardigheden, ontwikkelen van dagbesteding, rouwverwerking, bepaalde fysieke vaardigheden uitbreiden groei van zelfvertrouwen, samenwerken.

Label: Voorbeelden behandeldoelen

5.6.B.2.2. Voor een deel komen die voort uit het intake rapport. Door een deel hoor je dat mensen gewoon zelf op het moment dat ze gewoon iets vertellen, daar zit een doel in, daar hebben ze behoefte aan. Bij de behandelplanbespreking komt veel uit naar voren. En soms wordt je gewoon benaderd door de eerstverantwoordelijk verpleegkundige die naar je toe komt van de patiënt heeft dit doel. Soms komen patiënten ook zelf vragen van kan ik hier aan werken.

Label: Behandeldoelen

5.6.B.2.3. J: Of uit het doelenboekje.

I: Nee, nee, patiënten noemen dat zelf heel weinig.

Label: Doelenboekje wordt weinig gebruikt

5.6.B.1.1. Voorheen had ik op het verpleegkundig kantoor voor unit D en E was er 1 kantoor en daar zat ik ook heel vaak en dan hoor je daar meer van. Nu wordt het niet zo veel terug gekoppeld zelfs in de behandelplanbespreking niet heel veel.

Label: Weinig overdracht

5.6.B.1.2. Een behandeldoel is vaak een wat breed omschreven doel en dan is het lastig om daar concreet binnen de vaktherapie daar iets mee te doen.

Label: Behandeldoelen te breed omschreven

5.6.B.1.3. En patiënten noemen het niet want die hebben zoiets van het is geen doelengroep en dat vergeten ze het het liefst. Doelengroep betekend dat ze aan de bak moeten.

Label: Doelen van doelengroep niet genoemd bij vaktherapie

5.7.B.2.1. M: En zou je dan als vaktherapeut vooral de groter doelen willen weten of vooral de persoonlijke weekdoelen?

I: Ik denk dat beide wel belangrijk is om te weten.

Label: Belang op de hoogte zijn van doelen

5.9.B.1.1. Nu merk ik dat het programma vaak doorkruist wordt toch door afspraken bij arts of psycholoog of fysiotherapeut of noem maar op. En bij de SOVA is dat heel onhandig als de ene keer iemand er wel bij is en de andere keer.

Label: Programma onderbroken door persoonlijke afspraken

5.9.B.1.2. Patiënten zelf zitten eigenlijk niet in de therapie want die zitten alleen maar op de klok te kijken van ik moet zo weg.

Label: Persoonlijke afspraken storen gehele therapie

5.11.B.2.1. Het is heel vaak dat dan een EVVer zegt van nou doe de vrouwengroep nog maar even niet terwijl degene die de vrouwengroep geeft zoiets heeft van nou volgens mij kunnen we het prima proberen gaat het wel goed. Ik vind nu dat de situatie is dat de mensen die het niet doen daar meer zeggenschap in hebben dan de mensen die de therapie verzorgen en dat vind ik niet wenselijk.

Label: Indicatie afgegeven door therapeut van dat onderdeel

5.13.B.1.1. Waar ik het meeste last van heb is de programma dat het vaak doorkruist wordt door de agenda van behandelaren.

Label: Agenda behandelaren

5.13.B.1.2. En soms ook gewoon niet in de gaten hebben dat er meer is dan alleen het gesprek met de dokter.

Label: Multidisciplinair rekening houden met elkaar

6.3.B.1.1. Teveel AT in het programma's, dat hoor ik wel eens van cliënten ook terug.

Label: Teveel AT in programma

6.4.B.1.1 Omdat wij natuurlijk bepaalde formatie hebben

Label: Waarom zo geroosterd?

6.6.B.2.1. Omgaan met boosheid

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.2. Frustratietolerantie in z'n algemeenheid

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.3. Wat exposure ten aanzien van angstklachten

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.4. Uitbreiding van vaardigheden, mogelijkheden. Binnen AT doe je dat naar mijn idee.

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.5. Bij PMT wat werken met met activering, met activiteiten ook gericht op mensen die bijvoorbeeld een depressie, letterlijk weer in beweging komen

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.6. Ontspanningsoefeningen

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.2.7. Dus zeg maar de doelen die mensen hebben die sluiten op zich vrij makkelijk aan binnen de vaktherapieën vind ik.

Label: Behandeldoelen die gebruikt worden binnen vaktherapie

6.6.B.1.1. In principe weet ik van iedereen wel waar die zit, maar niet specifiek het leerdoel of de hulpvraag

Label: Hulpvraag of leerdoel is niet bekend

6.6.B.1.2. Ik denk dat dat wel goed is om te weten zeg maar, met welke hulpvraag iemand binnenkomt en wat dan een therapiedoel is.

Label: Goed om doelen en hulpvraag te weten

6.6.B.1.3. Meestal heb je dat in beeld op basis van ervaring, bij sommige teammomenten zit je erbij, dat mensen worden besproken, dan hoor je wat er aan de hand is. Maar er lopen ook mensen tussen waarvan je dat niet weet, waarbij je dat meer op gevoel/ervaring doet, of je vraagt er bij hun zelf naar. Of je maakt het wat ondergeschikt. Dus het zou wel beter zijn als je van iedereen zou weten wat de hulpvraag is.

Label: Goed om doelen en hulpvraag te weten

6.6.B.2.8. Navragen bij cliënten en in het EPD kun je het opzoeken.

Label: Hoe worden doelen bekend?

6.6.B.1.3. Het is wel zo dat zeg maar de hulpvraag wat algemener is gesteld en niet specifiek op een vaktherapie. Dus je moet nog wel zelf een vertaalslag maken.

Label: Hulpvraag te algemeen

6.6.B.1.4. Daar heb ik geen tijd voor.

Label: Geen tijd om dossier te lezen

6.8.B.1.1. Nou misschien de compactheid. Ik kan me voorstellen dat als je aan het eind van de dag niks heb en aan het begin van de dag en daartussen niet, volgens mij gebeurt dat bij 1 of 2 groepen ofzo, misschien is dat wel een probleem zeg maar.

Label: Rooster is niet compact

6.13.B.1.1. Soms heb ik het idee dat het wat verzand, wat langdradig is.

Label: Programma is langdradig

6.13.B.1.2. Wat losse stukje ,onderdelen.

Label: Programma bestaat uit losse stukjes

Labels deelvraag C

1.3.C.1.1. Het heeft ook te maken met de combinatie van de therapieën. Dus wat we proberen te voorkomen is dat mensen 2 of 3 therapieën achter elkaar hebben die heel intensief zijn.

Label: Spreiding therapieën

1.4.D.2.1. Ik hoor wel dat het aanbod bijvoorbeeld minder gevarieerd is als dat wij dat hebben. Bijvoorbeeld en er soms minder over is nagedacht.

Label: Vaktherapie in andere instellingen

1.5.C.1.1. Een ideale roostering zou voor mij zijn dat de vaktherapieën aansluiten bij de vraag die de patiënten hebben. Wat ze nodig hebben.

Label: Aansluiten bij doelen

1.5.C.1.2. Een goede verdeling over de dagen.

Label: Spreiding therapieën

1.7.C.1.1. Ik denk goede informatie over alle ontwikkelingen die er zijn. Daar begint het mee. Overleg met elkaar.

Label: Iedereen op de hoogte van ontwikkelingen

1.7.C.1.2. En misschien ook scholing maar ik weet nog niet of die er al zo is zo specifiek.

Label: Scholing

1.9.C.1.1. M: zijn er mogelijkheden om met Unit D en E modulair te gaan werken via indicaties die mensen krijgen vanuit de doelen?

E: Dat is waar we heel graag naar toe willen, dat zouden we heel graag willen.

Label: Werken via indicaties

1.9.C.1.2. Dus we willen juist heel graag een wat meer modulair aanbod.

Label: Modulair

1.13.C.2.1. Als ik verpleegkundige ben dan vraag ik aan de patiënt wat moeten we hier in de op de afdeling eigenlijk bereiken voor dat jij naar huis kunt. Dus niet wanneer ben je beter maar wat heb wat belemmert jou om nu thuis te kunnen zijn. En aan de hand daarvan stel je die doelen op.

Label: Doelen cliënten

1.15.C.1.1. Ik zou het heel mooi vinden dat bijvoorbeeld bij de activiteitentherapie dat je gelijk in het begin al uitleg geeft over wat is nou eigenlijk activiteitentherapie. Waarom bieden we dat aan?

Label: Activiteitentherapeut geeft uitleg

1.15.C.1.2. Mensen denken in eerste instantie vaak ja een beetje geknutsel daar heb ik geen zin in en vervolgens dat je met die patiënt gaat kijken van hoe kan ik nou het beste aansluiten bij jou wensen en jou belangstelling.

Label: Vaktherapeut sluit zelf aan bij doelen

1.15.C.1.3. En dat je dan ook per patiënt kijkt van wat kan ik voor jou betekenen. En op het moment dat je bijvoorbeeld modulair aanbied dan zou je dan zou daar ook wel winst te behalen zijn.

Label: Modulair werken

1.15.C.1.4. Het zou mooi zijn als ze dat wat uhm uh als ze dat ook met die patiënt wat duidelijker zouden communiceren dat dat wat helderder wordt.

Label: Vaktherapeuten communiceren zelf met cliënt over behandeldoelen

1.16.C.1.1. Ik zou het wel, ik zou het wel heel erg interessant vinden om te kijken naar de mogelijkheden om de therapie die je hier start om die ook gedeeltelijk poliklinisch te vervolgen.

Label: Ambulant afmaken

2.4.C.1.1. Want inhoudelijk gezien zou het soms best handig zijn als je wat meer tijd hebt. Ik heb nu een uur en een kwartier voor de groepsopdracht bij unit E maar dat is eigenlijk soms heel krap maar het kan niet langer omdat ze dan gewoon lunch hebben. Dat is afgestemd, afgesproken met de verpleging.

Label: Langer achter elkaar therapie

2.7.C.1.1. Dat je voldoende tijd hebt. Zeg maar zeker als je met groepsopdrachten werkt dat er voldoende tijd is.

J: En wat is voldoende?

L: Zeker een uur en een kwartier. Een uur is echt te kort zeg maar.

Label: Voldoende therapietijd

2.7.C.1.2. Soms een korte overdracht zeg maar. Dat je even hoort van is er nog bijzonder, zijn er bijzonderheden?

J: Ja

L: Het is fijn dat je in kan springen op actualiteiten zeg maar.

Label: Overdracht

2.7.C.1.3. M: Ja, hoe lang zou je daar voor nodig hebben dan? Zo'n overdracht

L: Nou een minuut of 5 hooguit 10. Hoeft niet heel erg lang te zijn.

Label: Lengte overdracht

2.7.C.1.4. Het is fijn zeker als je werkt om ze toch wel twee keer per week te zien. Dan heb je natuurlijk net wat meer binding.

Label: 2 keer per week

2.7.C.2.1. Voor de mensen zelf is het beter twee keer per week.

Label: Belang cliënt twee keer zien

2.8.C.1.1. Dus zou volgens mij wat meer gekeken moeten worden naar nou je hebt hier en daar een basisonderdeel en dan kan je daarbij aan die en die indicaties voldoen zeg maar.

Label: Basisonderdelen en indicaties

2.8.C.1.2. Kan bijvoorbeeld dat je een aantal verplichte onderdelen hebt bijvoorbeeld maar een aantal ook niet.

Label: Verplicht en niet verplicht

2.8.C.1.3. Hoeverre moet je het dan facultatief maken dat vraag ik me dan wel af. Moet je ze indiceren misschien. Zoals sociale vaardigheden is een goed onderdeel voor jou.

Label: Facultatief

2.8.C.1.4. J: Misschien is dat voor de ene cliënt ook belangrijk om dat op te leggen als voor de andere. L: Ja, en met de ander kan je het is bespreken.

Label: Verplicht of aanbevelen

2.12.C.1.1. Nou misschien wel is meer zo de samenwerking met de andere disciplines, de verpleegkundige en de psycholoog. Dus daar denk ik nog wel wat meer de samenwerking nog wel verbeteren zeg maar.

Label: Betere samenwerking met andere disciplines

2.12.C.1.2. Onderwerpen of zo die soms in gesprekken naar boven komen waar je misschien bij de therapie wat mee zou kunnen doen. Nou ja d'r gebeuren natuurlijk systeemgesprekken natuurlijk altijd bij Bart, Bart Boei bijvoorbeeld bij de psycholoog. Maar ik kan me ook goed voorstellen dat je bijvoorbeeld ook ouder-kind contact dat je daar best ook vaktherapie ook in kan zetten soms dat je om een band op te bouwen of mee te kijken of.

Label: Samenwerking met andere disciplines

2.13.C.2.1. Ik denk dat voor de cliënten wel heel fijn zou zijn als ze een soort vaste mensen hebben.

Label: Vaste gezichten

2.13.C.2.2. 2 of 3 gezichten qua vaktherapie dat is dan genoeg volgens mij. Dan wordt het ook wat overzichtelijker.

Label: Overzichtelijk

2.13.C.2.3. Ze hebben natuurlijk ook bij mij dan CT, ik doe dan met het grootste gedeelte van de groep een opdracht en met een klein stukje individueel zeg maar. En ze hebben AT van Inez dus ook AT van Sonja zeg maar. Ze zijn soms met heel veel verschillende werkstukken bezig zeg maar.

Label: Veel verschillende werkstukken

2.13.C.2.4. In verschillende ruimtes. Dus kan het voor cliënten heel onoverzichtelijk zijn. Wordt het heel onrustig van. Dan gaan ze zelf werkstukken meenemen dan naar hun kamer soms om gewoon te voorkomen dat ze hier komen en dat het werkstuk stuk dan in de andere ruimte staat. Ik denk dat wij daar wel wat in kunnen verbeteren soms.

Label: Verschillende ruimtes

2.14.C.2.1. Nee maar ik denk het is ook inhoudelijk wel goed dat mensen hier iets hebben, iets om handen hebben, in beweging komen.

Label: Iets om handen hebben

2.14.C.2.2. Je ziet wel vaak dat het mensen goed doet dat ze hier de running wat oppakken of dat ze met muziek wat doen of met beeldend wat doen. Dat mensen vaak wel goede gezonde krachten en mechanisme worden gestimuleerd.

Label: Gezonde krachten stimuleren.

3.7.C.1.1. Nou bekendheid met de doelen denk ik. Maar ik vraag me af, ik denk wel dat als je mensen één keer in de week ziet dat je bijdrage kan leveren aan de doelen hoor, dat wel, maar dan moeten ze ook wel bij mij terechtkomen of moet ik weten waar ze te vinden zijn.

Label: Belang bekendheid met doelen

3.7.C.2.1. Dan kan ik ook het doel bespreekbaar maken met de patiënt: ik raad aan jou dat je vandaag aan deze activiteit gaat, want dat sluit aan bij je doel.

Label: Belang bekendheid met doelen

3.9.C.1.1. Ik denk dat het voor de therapeut ook haalbaarder is als je meerdere groepen ziet, dat houdt .. ja, houdt het voor jezelf ook wat leuker eigenlijk om te werken.

Label: Meerdere groepen zien als vaktherapeut

3.9.C.2.1. Ik denk voor de helderheid van de patiënt is het misschien wel fijner als ze zo min mogelijk gezichten zien. Ik denk wel meer dat de vaktherapie inderdaad en maar het aantal personen dat ze zien toch beperkt houden.

Label: Zo min mogelijk verschillende gezichten voor de cliënt

3.10.C.2.1. Ik denk dat dat echt per persoon verschilt. Ik denk dat wij nou een gemiddeld aanbod met voor ieder wat wils aanbieden, en sommige mensen hebben gewoon helemaal niks met creatieve therapie. En die kunnen dan weer meer uit sport halen, en een ander heeft weer niks met sport, dus ik denk om een zo breed mogelijke blik wat te bieden wat hen aanspreekt dat een breed programma wel goed is.

Label: Wensen cliënt t.a.v. therapieprogramma

3.10.C.2.2. Ik kan me dat heel goed voorstellen ik denk ook sommige mensen hebben ook, zeker als de groepen die er nu zijn, als dat één groep gaat worden, dan denk ik dat niet iedereen zal daarbij behoefte hebben aan praatonderdelen.. er komt ook een groep met mensen met psychotische kwetsbaarheid wordt gecombineerd met mensen met persoonlijkheidsstoornissen en ik denk dat als je psychotisch kwetsbaar bent heb je minder behoefte aan praatonderdelen en doet de running je veel beter, en ik denk dat daar absoluut wel in naar gekeken moet worden. En als de behandeldoelen activerend zijn, dat er ook een activerend programma daarbij moet.

Label: Therapieprogramma op maat

3.12.C.1.1. Bijvoorbeeld die psychotische kwetsbaarheid en hoeveel eh.. ja, hoeveel ontregeling krijgt iemand als die alles zou volgen zeg maar.. Ik denk toch dat dat soort dingen en ook dat je mensen niet een te leeg programma geeft en een niet te vol programma, sommige mensen hebben ook gewoon rust nodig eigenlijk en die willen misschien wel met alles mee en ik denk dat dat toch goed is dat daar een soort begeleider of arts meekijkt welke mate handig is.

Label: Zorg op maat

4.7.C.1.1. Ik zou graag wat langer met mensen.. een.. anderhalf uur bezig willen zijn. Ik vind dat omdat het ervaren dat moet je eerst ervaren. En dan kun je daar over nadenken en dan kun je dat spiegelen en toetsen en dan kun je het er eens over gaan hebben.

Label: Tijdgebrek

4.7.C.1.2. Ik kan het ook in een half uur, maar ik vind het fijn om daar wat aandacht aan te besteden. En soms heb ik het idee dat ik het aan het einde dan aan het afraffelen ben

Label: Tijdgebrek

4.7.C.1.3. Maar het geeft mij wel iets meer ruimte om gewoon ook eens stil te staan bij wat gebeurt er nu?

Label: Meer tijd

4.8.C.1.1. Vanuit mensen die de hele dag op de groep staan wat meer binding met de vaktherapie, met het therapieprogramma.

Label: Meer binding tussen disciplines

4.8.C.1.2. Terwijl ik denk dat een therapiebehandeling, zou meer een geheel moeten worden.

Label: Behandeling meer één geheel

4.9.C.2.1. Dagdelen.. Nou ja, ik weet niet of dat ideaal is, maar dat lijkt mij heel prettig voor de cliënt vooral. Nou het is wel druk voor de cliënt ja, en als je wat langer zit bij hetzelfde zou het wat rustiger zijn misschien.

Label: Dagdelen therapie

4.10.C.2.1. Ja, de één vind een uur muziektherapie veel te lang, en een ander zegt, oh is het nu al klaar? Dus ik denk niet dat er een ideaal bestaat.

Label: Verschillende wensen cliënten

4.10.C.2.1. De zorg op maat komt natuurlijk veel meer in beeld. En als je in de groep werkt is dat moeilijk te doen, want iedereen heeft z'n wensen en z'n willen.

Label: Verschillende wensen cliënten

4.12.C.1.1. Dat kan niet altijd natuurlijk, maar dat de psychiater en de psycholoog een beetje rekening mee houden dat ze niet constant uit het therapieprogramma gehaald worden voor een gesprek.

Label: Geen afspraken onder therapieprogramma

4.12.C.1.2. Wat ik heel fijn zou vinden is, maar dat is ook weer heel anders werken, te kijken van wat is de hulpvraag en kan ik daar wat mee.

Label: Werken met de hulpvraag

4.12.C.1.3. Doelen in plaats van dat iedereen standaard in een programma zit.

Label: Werken met de doelen

4.12.C.2.1. En dat willen mensen dan ook want het is hun eigen vraag.

Label: Cliënten willen met persoonlijke doelen werken

4.12.C.1.4. Ik zou het prettig vinden om als ze doelengroep hebben, dat ze dat gewoon in elke therapie meenemen bijvoorbeeld, dan heb je ook zo'n mooie draad.

Label: Eigen doelen meenemen naar therapie

4.13.C.1.1. Gewoon programma's naast elkaar. Dan kun je ook meer zorg op maat bieden.

Label: Programma's naast elkaar, daardoor zorg op maat

4.13.C.1.2. Wat flexibeler misschien..

Label: Flexibeler rooster

4.14.C.1.1. Nee... Nou ik zou het ook wel leuk vinden als de behandelaren eens komen kijken in de vaktherapie.

Label: Disciplines weten onderling waar je mee bezig bent

4.14.C.1.2. Dat je van elkaar ook een beter weet waar je mee bezig bent en hoe je dat doet.

Label: Disciplines weten onderling waar je mee bezig bent

5.7.C.1.1. Ik denk op het moment dat we er naar toe gaan dat mensen veel korter opgenomen zijn dat veel sneller het doel gecommuniceerd moet worden dat het veel sneller duidelijk is.

Label: Snellere communicatie

5.7.C.1.2. Dus op het moment dat iemand opgenomen wordt dat je weet met wat voor doel zodat je er snel op in kan springen.

Label: Doelen snel bij iedereen bekend

5.7.C.1.3. Er wordt volgens mij een soort verpleegplan gemaakt en ik denk dat ze wat concretere invulling van hoe de verpleging gaat werken aan een behandeldoel en dat daar ook gewoon een kopje vaktherapie in moet komen.

Label: Vaktherapie opnemen in verpleegplan

5.7.C.1.4. M: En zou je dan als vaktherapeut vooral de groter doelen willen weten of vooral de persoonlijke weekdoelen?

I: Ik denk dat beide wel belangrijk is om te weten.

Label: Belang op de hoogte zijn van doelen

5.8.C.1.1. Ik denk dat je gewoon heel goed moet kijken van wie heeft daar behoefte aan en die persoon gaat het doen en dat het mogelijk moet zijn dat iemand het ook ambulant af maakt.

Label: Indicatie en ambulant afmaken

5.8.C.1.2. Dat je op indicatie gaat kijken en dat je toch meer een traject in zet en op het moment dat iemand met ontslag gaat dan heeft ie vaak toch nog thuisbegeleiding vanuit hier. Maar dat iemand ook een module sociale vaardigheden afmaakt.

Label: Indicatie en ambulant afmaken

5.9.C.1.1. Ik denk dat het handig is om een soort indeling te hebben dat je bijvoorbeeld smorgens zijn er gewoon de vaste onderdelen dus bijvoorbeeld de de doelengroep week weekend bespreking creatief onderdeel en dat je smiddags meer kijkt naar de indicatieonderdelen.

Label: Voorstel weekprogramma

5.10.C.2.1. Ik denk dat het voor cliënten heel belangrijk is dat ze het gevoel hebben dat wat ze gaan doen bijdraagt aan de oplossing van hun probleem.

Label: Therapie moet probleemoplossend zijn

5.11.C.1.1. M: En wie zou daar dan over gaan over die indicaties?

I: In de meest ideale situatie is dat de EVVer de behandelaar en een vaktherapeut.

Label: Wie indiceert de cliënten?

5.12.C.1.1. De spreiding moet goed zijn. Dus tussen de meer ontspannende onderdelen en de onderdelen die gewoon veel van ze vragen.

Label: Afwisseling verschillende therapieën

5.13.C.1.1. Ik zou in elk geval meer dingen op indicatie willen

Label: Indicatieonderdelen

6.4.C.1.1. Runningtherapie sluit bijvoorbeeld aan bij depressie, en zo zou je voor psychose ook iets kunnen doen en ik neem aan dat andere disciplines dat ook kunnen doen.

Label: Aansluiten bij ziektebeeld

6.4.C.1.2. Op indicatie, maar ook wat meer specifiek ten aanzien van ehm.. het zorgprogramma.

Label: Specifieker werken

6.4.C.1.3. Dus passend bij de doelen, passend bij het ziektebeeld. R: Ja.

Label: Aansluiten bij ziektebeeld

6.5.C.1.1. Het is maatwerk. Het maatwerkstuk vind ik wel goed.

Label: Maatwerk

6.5.C.1.2. Maar een basisprogramma waarin iedereen gewoon een beetje instroomt daar ben ik ook wel voorstander van.

Label: Een basisprogramma

6.7.C.1.1. Ik moet tijd hebben om ze te kunnen observeren, ik vind het wel wenselijk dat ik een groep 2 keer per week zie minimaal.

Label: Tijd nodig voor observatie

6.7.C.1.2. In dat gedrag zie je vaak terug zeg maar waar een probleem zit, dat is het fenomeen. En daar kun je op aansluiten, dus ongeacht zeg maar of je weet of iemand een hulpvraag heeft, als je de tijd krijgt in je week om mensen te zien, en binnen PMT aan het werk te gaan dan kun je daar al heel veel uithalen, wat echt zichtbaar gedrag heeft, dan kun je daar op inhaken.

Label: Tijd nodig voor observatie of duidelijk doel

6.8.C.1.1. Dus ik zou eigenlijk willen dat we wat meer echt iedere dag op bepaalde tijd er een aanbod is, waarbij ik dan liever om 14.00u stop dan 's morgens om 09.30u een ochtenddeel en uurtje, en dan om 16.00u een deeltje.

Label: Compacter rooster

6.9.C.1.1. Een basisprogramma met daarom heen programma's die gestoeld zijn op de zorgprogramma's.

Label: Basisprogramma met aanvullende programma's

6.10.C.2.1. Een basisprogramma en onderdelen waarmee ze met hun hulpvraag aan de slag kunnen.

Label: Basisprogramma met aanvullende onderdelen

6.10.C.2.2. En dan ook de weekdoelen die ze hebben misschien? R: Ja.

Label: Werken met de weekdoelen

6.12.C.2.1. Ik denk dat misschien de behoefte en misschien ook de affiniteit die iemand heeft, dat dat wel meegenomen zou moeten worden. Dus als iemand affiniteit heeft met schilderen, dat die bijvoorbeeld naar AT toe gaat. En bijvoorbeeld iemand die graag wil bewegen dan zou je kunnen zeggen van laten we die dan inschrijven voor de runningtherapie als indicatieonderdeel of voor de fitness. Dus een beetje toekomen aan de behoeften die mensen hebben, waar ze affiniteit mee hebben.

Label: Toekomen aan de behoeften cliënt

6.12.C.1.1. Dat zou je in overleg met je cliënt kunnen doen ja, om hem of haar ook gemotiveerd te houden, te krijgen.

Label: Toekomen aan behoeften cliënt ter motivatie

6.13.C.1.1. Misschien een wat compacter programma.

Label: Compacter programma

6.13.C.1.2. En een soort parallel door de week heen met herkenbare momenten. En dat is misschien ook wel een ideaal wat niet realiseerbaar is, maar op zich zou ik dat wel een verbetering vinden.

Label: Zichtbare parallel

6.13.C.1.3. Bijvoorbeeld dat iedere ochtend om 09.30u is er programma.

Label: Vast programma

6.13.C.1.4. Een ritme en structuur, maar dan ook het liefst nog dat zo'n programma onderdeel bijna parallel de week door zou lopen, dat je met opdracht A begint, en die neem je mee zo'n beetje door de week heen.

Label: Zichtbare parallel

6.13.C.1.5. De samenhang, ja. Ook. Maar ook met name vaste programma's.

Label: Vaste programma's

6.13.C.1.6. Die herkenbaar zijn, makkelijk te onthouden zijn, een begin en een eind hebben en constant.

Label: Constante herkenbare roostering

Labels deelvraag D

1.2.D.1.1. Wat ze in ieder geval zowel unit D als unit E hebben is een uur muziek therapie. Ze hebben allebei AT. CT is alleen bij unit E. PMT is bij allebei.

Label: Huidige therapieprogramma

1.3.D.1.1. Gedeeltelijk is dat op basis van een goede verdeling van de week.

Label: Reden ontstaan huidige therapieprogramma

1.3.D.1.2. Het heeft te maken met de verdeling over de week het heeft te maken met beschikbaarheid van de therapeuten.

Label: Reden invulling huidige therapieprogramma

1.4.D.2.1. Ik hoor wel dat het aanbod bijvoorbeeld minder gevarieerd is als dat wij dat hebben. Bijvoorbeeld en er soms minder over is nagedacht.

Label: Vaktherapie in andere instellingen

1.8.D.1.1. E: Wij hebben twee behandelplanbesprekingen voor Unit D en E per week. En er staan gemiddeld tussen de 4 en 8 patiënten op die bespreking ongeveer.

M: Ja, dus hoeveel keer komt één iemand aan bod bij zijn behandeling?

E: Dat is dus afhankelijk van de periode dat die is opgenomen. Als het iemand is die 3 weken wordt opgenomen zou het vaak uh 2x zijn. 2 of 3x. 6 weken is week 1 week 2 week 4 en week 6 dan heb je er 4. Bij 3 maanden bijvoorbeeld want dat gebeurt ook op D. week 1 week 2 en dan vaak 5, 8, 11, om de 3 weken.

Label: Behandelplanbespreking

1.11.D.1.1. Ik vind zelf de doelengroep ontzettend belangrijk omdat de doelengroep die patiënt ook inzage geeft met ideeën van okay ik ben wel gericht ergens mee bezig en zover ben ik nu er mee.

Label: Belang van doelengroep

1.11.D.1.2. En het maakt ook heel erg duidelijk dat we verwachten dat er gewerkt wordt. Het is eigenlijk een werkgroep. Dat vind ik er zelf wel heel erg mooi aan.

Label: Doelengroep als werkgroep

1.12.D.1.1. Anneke de muziektherapeut die zit bij unit E. En Inez activiteitentherapeut die zit soms bij D of ze werkt. Linda de creatieftherapeut die zit bij E gedeeltelijk. En Ron zit bij D en een stukje bij E dus dat is PMT.

Label: Wie bij welke behandelbespreking zit

2.3.D.1.1. Volgens mij hebben ze elke dag iets van vaktherapie. PMT, CT, AT sociale vaardigheden, muziektherapie.

Label: Huidig rooster

2.3.D.1.2. Ik denk dat er meer in verhouding vaktherapie is dan gespreksonderdelen.

Label: Verhouding vaktherapie en gespreksonderdelen

2.4.D.1.1. Ik denk dat er heel veel praktische redenen, soms ook vanuit de oude doos, zeg maar nog mee tellen dat ze gewoon vaste koffie momenten en eet momenten hebben.

Label: Vaste koffie en eetmomenten

2.5.D.2.1. Daar had je zo'n koffie en thee tijd tijdens therapietijd maar daar was het echt een zootje soms want voor je dan aan het werk bent dan ben je echt wel een kwartier, 10 min verder.

Label: Koffie tijdens therapie

2.5.D.2.2. Maar ik weet op de oudere afdeling zeg maar. Daar hoor ik wel is ze 's ochtends vaste programma onderdelen hebben en 's middags wat meer op indicatie.

Label: Indicatieonderdelen

2.6.D.1.1. Bijvoorbeeld de expressie van de emoties, daar wordt ook bij de vaktherapieën wel aan gewerkt zeg maar

Label: Voorbeelden behandeldoelen Riethorst

2.8.D.1.1. Bij de dagkliniek zit het al veel meer in het systeem dat je bijvoorbeeld assertiviteit in twee groepen doet samen en dat je soms ook nog wat mensen van buitenaf er bij.

Label: Dagkliniek

2.12.D.2.1. Dat gebeurt wel volgens mij in instellingen dat er gepraat wordt maar dat gebeurt hier niet eigenlijk.

Label: Multidisciplinaire communicatie

2.13.D.1.1. Ja. Zeker naast groepsgesprekken die ze ook vaak hebben daar gaan ze vaak ook wel op zoek naar thema's zeg maar.

Label: Groepsgesprekken

3.3.D.1.1. Beide groepen zien volgens mij het volle pakket, behalve.. nee, Unit E krijgt twee keer in de week creatieve therapie en Unit D heeft geen creatieve therapie, dat is meer gericht op activering

meer. Voor de rest activiteitentherapie en ehmm PMT en muziek. Hebben ze beide evenveel.. running is voor beide groepen ook geïndiceerd en Unit E heeft meer gespreksonderdelen en die worden vaak vertolkt door verpleegkundigen.

Label: Huidige invulling therapieprogramma de Riethorst

3.4.D.1.1. Omdat je op Unit E, is de afdeling meer gericht op verwerking en gedragsverandering denk ik en dat is dus een intensiever programma wat een persoonlijke tint heeft. En Unit D is meer gericht op structuur en activering.

Label: Huidige invulling therapieprogramma de Riethorst

4.3.D.1.1. Running is een module waar ze zich op in kunnen schrijven, dus op zich hebben ze een mooi pakket aan mogelijkheden en voor ons een mooie manier van observeren.

Label: Huidige invulling rooster

4.3.D.1.2. Unit E heeft het volgens mij ook, die heeft iets meer praatonderdelen erin, doelengroep geloof ik en een thema.

Label: Huidige invulling rooster

4.4.D.1.1. Ja, dat heeft te maken met de uren die we werken.

Label: Uren die vaktherapeuten werken

4.4.D.1.1. Dus ik denk dat het zo in de loop der tijd ontwikkeld is.

Label: Rooster is in de tijd zo ontwikkeld

4.5.D.2.1. En het verschil is dat wij hier wel een heel mooi team hebben van vaktherapeuten, dat we niet als eilandjes in een eigen toko zitten. Wat ik merk ik toch dat ik een van de weinige ben die een therapieteam heb..

Label: Vaktherapie in andere psychiatrische instellingen

4.5.D.1.1. Ik heb ook overlegd ook overlegd met psychiaters, als ik een vraag heb over medicatie dan mail je elkaar of dan spreek je elkaar.

Label: Overleg tussen disciplines

4.5.D.1.2. Gewoon heel even, ik merk wel dat ze het prettig vinden, ze doen er verder niet zoveel mee.

Label: Overleg met verpleging

5.3.D.1.1. We werken met creatief therapeuten, activiteitentherapeuten, muziektherapeuten, psychomotorisch therapeuten en daarbij verzorgen we ook verschillende modules. Ik doe de sociale vaardigheidstraining uh er is een module werken met boosheid. De vrouwengroep wordt door een creatief therapeut gedaan. Runningtherapie en fitness zijn onderdelen van de psychomotorisch therapeuten.

Label: Huidige therapieprogramma

5.4.D.1.1. Omdat ooit ver voor dat ik hier werkte er een basis rooster was en er altijd wel een paar aanpassingen werden gedaan als daar behoefte aan is maar dat zijn elke x kleine aanpassingen want op het moment dat wij iets aanpassen aan het programma heeft dat eigenlijk consequenties voor de uh nee bijna de hele Riethorst omdat er ook therapeuten bij ouderen werken dus als wij hier uren omdraaien dan moet dat ook met daar worden gewisseld.

Label: Consequenties aanpassen rooster

5.4.D.1.2. Ja om niet al te veel om te gooien wordt vanuit het programma uit gegaan wat er was en daar worden dan kleine aanpassingen in gedaan.

Label: Uitgaan van bestaand programma

5.5.D.2.1. Daar werd meer in dagdelen gewerkt

Label: Werken in dagdelen (Wolfheze)

5.5.D.2.2. Het was heel erg in en uitlopen. Heel erg vrijblijvend. Waardoor mensen ook heel makkelijk niet komen of of verdwijnen. Het was meer recreatie dan dat spraken was van therapie.

Label: Dagdelen maakt therapie vrijblijvend

6.5.D.2.1. Eigenlijk qua opzet ongeveer hetzelfde als hier, een basisprogramma met vaak daarom heen wat indicatieonderdelen.

Label: Programma in andere psychiatrische instellingen

6.5.D.2.2. Ook wel eens niveauverschil

Label: Programma in andere psychiatrische instellingen

6.5.D.2.3 Ook wel bijvoorbeeld een observatiegroep en een groep voor mensen die er wat langer zijn, of een inzichtgroep en een ondersteunende groep.

Label: Programma in andere psychiatrische instellingen

6.5.D.2.4. Dat soort verschillen, maar in principe komt het ongeveer op hetzelfde neer.

Label: Programma in andere psychiatrische instellingen

6.5.D.2.5. Ik heb in het ziekenhuis gewerkt op een PAAZ afdeling waar niemand hetzelfde programma had, iedereen een individueel programma. Dat was voor de holding van de groep natuurlijk wel lastig, dat iedereen z'n eigen kant op gaat. Dus ja, het groepsklimaat (...) de afdeling is dat wat minder goed voor denk ik. En het is denk ik ook zo dat dat heel bewerkelijk is omdat dus iedere cliënt persoonlijk gesproken moet worden door een vaktherapeut om te kijken naar zijn programma.

Label: Programma in andere psychiatrische instellingen

Labels deelvraag E

1.6.E.2.1. Beperkingen van cliënten zijn soms lichamelijke beperkingen. Soms verstandelijke beperkingen. En bij de PMT motorische beperkingen.

Label: Beperkingen cliënten

1.6.E.2.2. Op unit E hebben we aardig wat vrouwen die dissociëren. Dan kan bijvoorbeeld een ontspanningstherapie veel te spannend zijn. Dan gaan ze juist door die oefening dissociëren.

Label: Beperkingen cliënten

1.9.E.1.1. Ja ik zie daar wel mogelijkheden voor maar het is ook een ontzettende omwenteling. Het vraagt organisatorisch heel erg veel.

Label: Omgooien rooster grote organisatorische last

1.9.E.1.2. Want je kunt bijvoorbeeld niet zomaar zeggen van we stellen fitness open voor alle groepen en iedereen die geïndiceerd is die kan inschrijven. Want dan heb je als je pech hebt misschien wel 20 mensen die mee gaan naar de fitness en kun je het niet behappen.

Label: Grenzen aan mogelijkheden

1.9.E.2.1. Kun je zomaar iedereen bij elkaar zetten of moet je ook daar beperkingen in hebben.

Label: Iedereen bij elkaar?

1.9.E.1.1. Of je het dan alleen in de kliniek houdt of dat je ook de FACT of de IHT er bij gaat betrekken.

J: De ambulante zorg?

E: Dat is van de ambulante zorg ja.

Label: Ambulant trajecten afmaken

1.10.E.2.1. Wat we wel steeds meer proberen te doen is dat we eerst een intake kunnen doen waarin we toch proberen om overeenstemming met de patiënten te krijgen over de doelen want anders dan blijf je alleen maar met elkaar aan het knokken over doelen en gebeurt er in werkelijkheid niets.

Label: Wederzijdse duidelijkheid over doelen

1.10.E.2.1. En wat wij doen bij de doelengroep is dat wij daar doelen onder hangen die de vertaalslag maken naar de cliënt en want die patiënt die natuurlijk zou die zeggen van ik wil niet meer depressief zijn. Maar daar kan je geen acties op zetten.

Label: Doelengroep vertaalslag naar cliënt

1.10.E.2.2. Die patiënt zou dan bijvoorbeeld zeggen van ik kom m'n bed niet meer uit. Of allemaal contacten verwaarloost. Dus dan ga je een doel stellen die daar op gericht is. Dus dan is het doel bijvoorbeeld van ik pak mijn sociale contacten weer op of ik ga een nieuwe hobby zoeken en of ik ga een goede tijdsinvulling maken. Dat is dan het doel van die patiënt, dat hangt er als het ware onder. Die je maakt het concreter en daar kun je dan prima kleine afspraken per week voor maken.

Label: Voorbeelden doelen doelengroep

1.15.E.2.1. En dat ze daarnaast bij de PMT-er daar ook aan hun doelen werken maar op de manier zoals dat past bij de PMT en dat ze daar ook aan werken bij de creatieve therapie maar dan op de manier zoals dat past bij creatieve therapie.

Label: Werken aan doelen bij vaktherapie

2.4.E.2.1. J: Zou het ook mogelijk zijn dat de koffie momenten bijvoorbeeld tijdens de therapie plaats vinden?

L: Ben ik geen voorstander van want volgens mij krijg je een beetje koffiepraatje dan.

Label: Koffie tijdens therapie

2.4.E.1.1. Ik zou wat flexibeler kijken van moet dat koffie moment nou op dat tijdstip blijven staan. Of zo'n lunchmoment om kwart over 12 das best wel vroeg eigenlijk. Half 1 is er net wat meer ruimte zeg maar.

Label: Flexibele koffie en eettijden

2.7.E.1.1. Ja weet je zeg maar als je net hoort als ze in de verpleging als er in de groep net wat emotioneels gebeurd is, is het fijn als je daarvan op de hoogte bent.

Label: Belang overdracht

2.8.E.2.1. Ja waarom niet, bij de vrouwengroep loopt het. Bij de boosheid loopt het in principe ook. Mensen vinden het vaak wel spannend. Maar het zit nu ook nog niet zo in het systeem nu ook.

Label: Indicatieonderdelen werken

2.11.E.2.1. Die indicatie dan hebben ze in ieder geval iets gemeenschappelijks lijkt me zo.

Label: Gemeenschappelijke indicatie

2.11.E.2.2. Ja, dat je het niet standaard moet doen. Maar wel op indicatie denk ik wel dat dat moet kunnen.

Label: Unit D en E op indicatie samen

2.11.E.2.3. Maar het idee is van creatieve therapie ontregelen ze wat eerder psychose. En het is toch een toch langdurige resocialiserende groep dus de prioriteit ligt wat anders.

Label: Prioriteit bij unit D niet op creatieve therapie

2.12.E.2.1. Dat mensen toch wel soms wat beperkt wat ze aankunnen zeg maar dus dat je niet het uiterste helemaal volop programma die werken volgens mij niet.

Label: Cliënten beperkt in wat ze aan kunnen.

3.8.E.1.1. Ik denk dat je af en toe groepen ziet met mensen die je amper kent en dat er.. eh.. en dat je daarmee aan de slag gaat, ik denk dat dat efficiënter kan. (...) Ik moet toch.. ik zit ook praktisch te denken, als je veel groepen wilt zien heb je er weinig tijd om achter de computer te zitten en om bij de verpleegpost te gaan praten en die tijd is sowieso, die wordt steeds schaarser. Dus ik zie daar wel het probleem liggen. Je moet eigenlijk in één overzicht kunnen zien, in één blik kunnen zien wat alle doelen zijn, of die even kunnen kopiëren in plaats van dat ik daar naar op zoek moet gaan of per persoon inloggen op de computer ofzo..

Label: Efficiënter werken door middel van gebruik doelen

3.11.E.1.1. Ik denk wel dat dat zou kunnen, omdat dat eigenlijk moet, omdat we geen keuze hebben, het zal gewoon die kant opgaan. En ik denk wel dat dat vraagt dat inderdaad therapie op maat, een flexibel rooster, een breed rooster, waar veel op indicatie mee gedaan kan worden.

Label: Flexibel rooster door werken op indicatie

3.11.E.1.2. Ik denk op het moment dat de behandeldoelen worden geformuleerd moet ook een therapierooster worden geformuleerd, want anders laat je toch nog iemand een week of twee weken zwemmen en dat lijkt me niet handig. Ik denk dat je daar gelijk helderheid in moet bieden.

Label: Direct bij opname behandeldoelen en therapierooster formuleren

3.13.E.1.1. Ik denk een kortere lijn tussen behandelaren en therapeuten

Label: Kortere lijn tussen verschillende disciplines

3.13.E.1.2. Nou misschien in die behandelplanbespreking de behandeldoelen formuleren en misschien moeten die daarna wel uitgeprint worden of op het prikbord worden gehangen of een kleine slotconclusie bij elke patiënt trekken en die weer eh..

Label: Behandeldoelen bekender maken

4.10.E.2.1. Dus als je nou wat langer de tijd neemt, zul je daar ook veel meer mee moeten kijken. Bij D is het langdurige zorg, je moet ze dan ook.. het duurt dan ook gewoon langer voordat ze wat op gang komen. En Unit E ook.

Label: Langdurige zorg op Unit D en E

4.11.E.1.1. Net zoals die modules werken hé? Dat ik zeg ik ga een module 'zingen' doen en iedereen die wil kan komen, dat is dan de insteek. Dus dan zijn ze allemaal gemotiveerd om te zingen. Of ze nou van D komen of van E of van A. Dus dan moet je op die manier gaan denken. En dan kan het. Want iedereen die naar de cursus breien gaat, wil breien.

Label: Werken met modules

4.11.E.1.2. Wat sluit aan bij een psychiatrische behandeling waardoor de mensen hier zeggen, ik ga naar die module.

Label: Werken met modules

4.11.E.1.3. Maar als ik iets moet bedenken voor D en E samen, dan krijg ik kortsluiting in m'n hoofd.

Label: Geen therapie voor Unit D en E samen

4.12.E.2.1. Als mensen medicijnen krijgen.. want dat bepaalt ook hun gedrag

Label: Medicatie bepaalt gedrag

4.12.E.1.1. Dat zou ik wenselijk vinden. En dat heeft ook te maken met de groep.. want als iemand de groep uitloopt.. degene die wegloopt heeft de oefening nog niet afgemaakt dus die heeft een soort onafgemaakt iets, hé? De gestalttherapie geeft aan dat dat heel slecht is, onplezierig is.. En het stoort vind ik. Als mensen er voor 10 minuten uitgaan en weer binnen komen en een gesprek hebben gehad waarvan ze helemaal het hotel de botel zijn, dat vind ik waar rekening mee gehouden moet worden.

Label: Geen afspraken onder therapieprogramma

4.12.E.1.2. Dat zou ergens moeten staan, dat je weet van eh.. Want ik vind de doelen die mensen maken interessanter dan de doelen in het behandelplan, want die zijn zo groot.

Label: Persoonlijke doelen interessanter

4.12.E.2.2. Ik denk dat er veel meer op die manier verantwoordelijkheid gehaald kan worden bij de cliënt.

Label: Verantwoordelijk van cliënt door gebruik persoonlijke doelen

4.12.E.2.2. Ik zou het prettig vinden om als ze doelengroep hebben, dat ze dat gewoon in elke therapie meenemen bijvoorbeeld, dan heb je ook zo'n mooie draad.

Label: Eigen doelen meenemen naar therapie

4.13.E.1.1. Ik zou bijvoorbeeld het behandelteam kunnen aanbieden om te laten zien wat ik doe. Om dat een beetje bekend te maken. (...)Dus daar moeten we in groeien, zorgen dat we een presentatie geven: Dit is wat we doen.

Label: Laten zien wat de vaktherapie doet

4.14.E.1.1. Dus eigenlijk gebruik maken van elkaars kennis.

Label: Gebruik maken van elkaars kennis

5.6.E.2.1. Maar bij de doelengroep is wel een heel concrete doelen. En daar zal niet altijd iets tussen zitten waar we hier wat mee kunnen maar vaak denk ik ook wel.

Label: Concrete doelen van doelengroep

5.9.E.2.1. Smorgens is het toch fijn om mensen te activeren. Smiddags hebben ze dan wat meer ruimte voor eigen activiteiten.

Label: 's morgens activeren, 's middags meer vrij

5.11.E.2.1. Mensen met persoonlijkheidsstoornis die reageren meestal niet al te aardig vriendelijk op de psychotische mensen.

Label: Botsende stoornissen

5.11.E.2.2. Ik denk als je op indicatie gaat werken dan kan dat wel want je indiceert iemand bijvoorbeeld dan voor die SOVA alleen als die daar aan toe is. Iemand die heel psychotisch is die wordt niet geïndiceerd voor de SOVA.

Label: D en E kunnen samen als je zorgvuldig indiceert

5.11.E.2.3. Maar als je het hebt over activiteitentherapie dan denk ik dat unit D vaak heel erg emotioneel vaak heel erg emotioneel kwetsbaar zijn en unit E een veel te hoge EE heeft voor unit D.

Label: Verschil tussen unit D en E

5.12.E.1.1. Ik denk dat het tijdstip belangrijk is

Label: Tijdstip therapieën

5.13.C.1.1. Ik zou in elk geval meer dingen op indicatie willen

Label: Indicatieonderdelen

5.13.E.1.1. Qua inspannende onderdelen mentaal inspannend, fysiek inspannend. Dat het best goed afgewisseld is.

Label: Afwisseling weekprogramma

6.4.E.1.1. We zouden wat specifieker kunnen gaan werken, waarbij ik dan bedoel dat we meer aansluiting bij de zorgprogramma's te hebben.

Label: Specifieker werken

6.4.E.1.1. Runningtherapie sluit bijvoorbeeld aan bij depressie, en zo zou je voor psychose ook iets kunnen doen en ik neem aan dat andere disciplines dat ook kunnen doen.

Label: Aansluiten bij ziektebeeld

6.4.E.1.2. Dus kun je voorstellen dat bij psychotische mensen die opgenomen zijn, binnen mijn vakgebied, ik dan stressmanagement aanbied.

Label: Aansluiten bij ziektebeeld

6.4.E.1.3. Zo hebben de andere disciplines ook die mogelijkheid om wat specifieker op zorgprogramma te gaan werken.

Label: Specifieker werken

6.11.E.2.1. Unit E is meer stemming en persoonlijkheid en Unit D is psychose en daar zitten vaak mensen die heel anders zeg maar in gedrag zijn dus dat zou qua gedrag ook niet aansluiten en ook niet qua zorgvraag.

Label: Cliënten Unit D en E andere behoeften

6.13.E.2.1. Bijvoorbeeld in de ochtend is er wat beweging, ze kunnen niet allemaal in de ochtend bewegen, maar bijvoorbeeld dat mensen op Unit D iedere morgen verplicht worden om met elkaar een wandeling te maken voordat je naar de therapie gaat.

Label: Verplichte wandeling voor het programma

6.13.E.1.1. Vaste momenten.. Dus koffiemomenten, wandelmoment misschien voor Unit D kan ik me voorstellen.

Label: Vaste momenten in de roostering

Bijlage E – Voorbeeld enquête cliënten Unit D en E

Deze enquête gaat over de vaktherapieën die jullie krijgen. (PMT, AT, Creatieve Therapie, Muziektherapie en Running) Wij willen graag jullie mening daarover horen zodat we het kunnen verbeteren waar mogelijk. Jullie mening daarin is heel belangrijk!

Ik neem deel aan het therapieprogramma van: Unit D / Unit E

Vraag 1. Welke vaktherapieën vind jij belangrijk?

- | | |
|--|----------|
| ☐ PMT | wel/niet |
| ☐ AT | wel/niet |
| ☐ Creatieve therapie | wel/niet |
| ☐ Muziektherapie | wel/niet |
| ☐ Running | wel/niet |

Toelichting:

.....

.....

Vraag 2. Waarom ga jij naar de vaktherapie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik wil ontspannen
- ☐ Ik wil nieuwe hobby's ontwikkelen
- ☐ Ik leer hier meer over mijzelf
- ☐ Ik kan hier aan mijn doelen werken
- ☐ Omdat het moet
- ☐ Anders, namelijk.....

Vraag 3. Welk therapieprogramma zou jij het liefst hebben? (Kies één van de twee antwoorden)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|--|
| Zo veel mogelijk therapie | <i>of</i> | Zo veel mogelijk vrije tijd |
| In de vertrouwde groep | <i>of</i> | Op mijn persoonlijke doelen afgestemd |
| Allerlei korte therapieën op één dag | <i>of</i> | Langer achter elkaar dezelfde therapie |

Vraag 4. Wat in de vaktherapie moet blijven zoals het is?

.....

.....

Vraag 5. Wat zou er moeten veranderen in de vaktherapie?

.....

.....

Overige opmerkingen

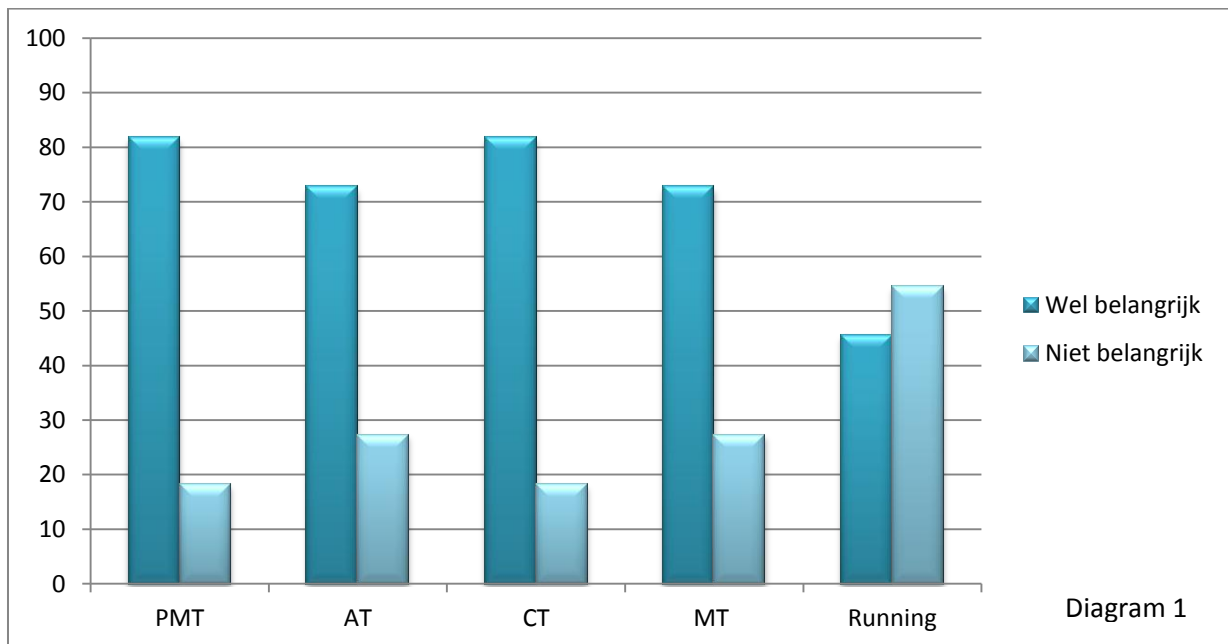
.....

.....

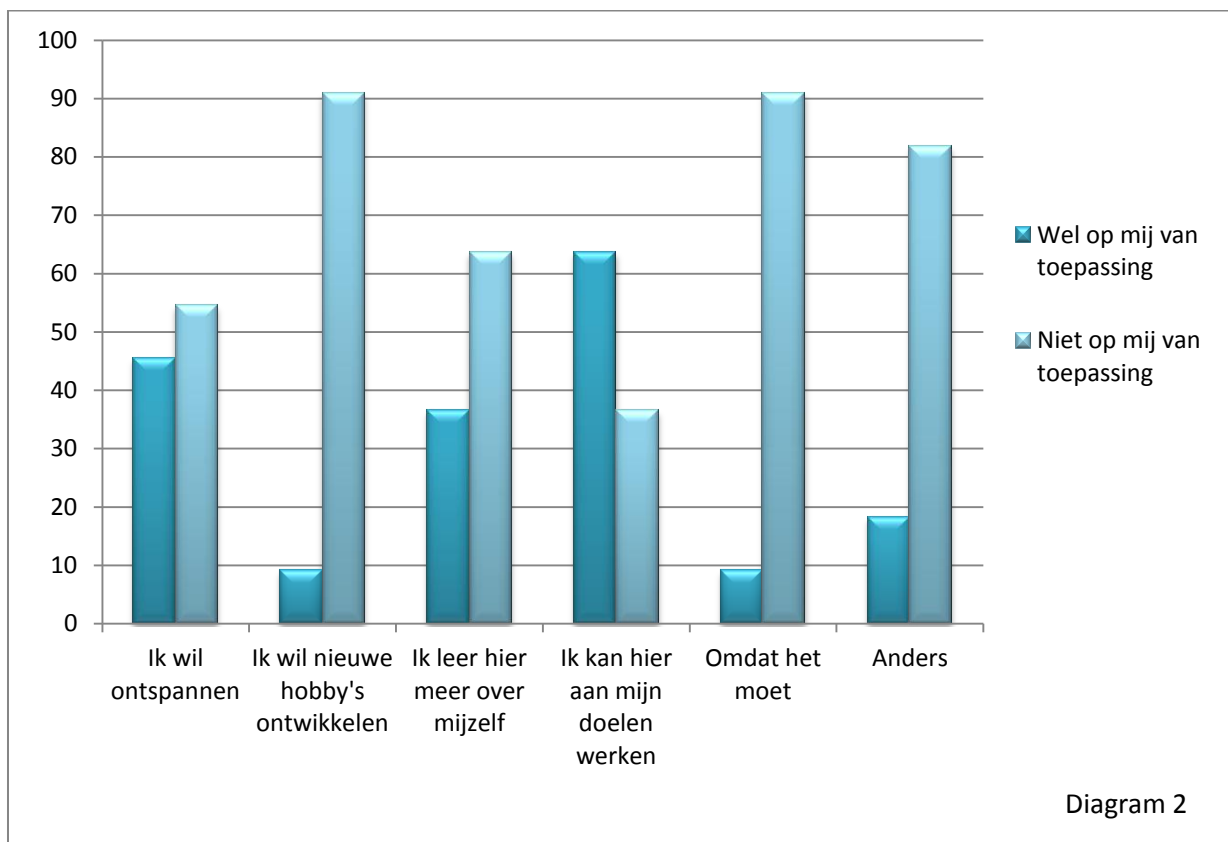
.....

Bijlage F – Uitgewerkte enquêtes cliënten Unit D en E

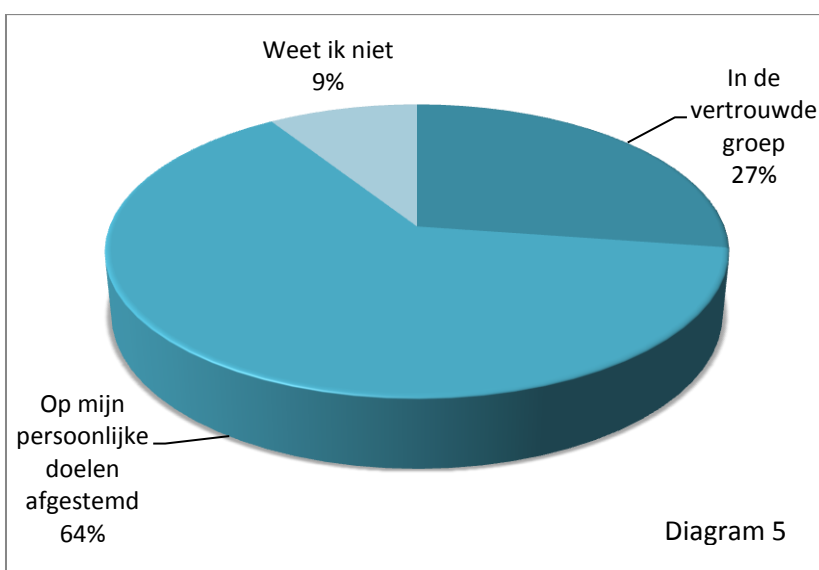
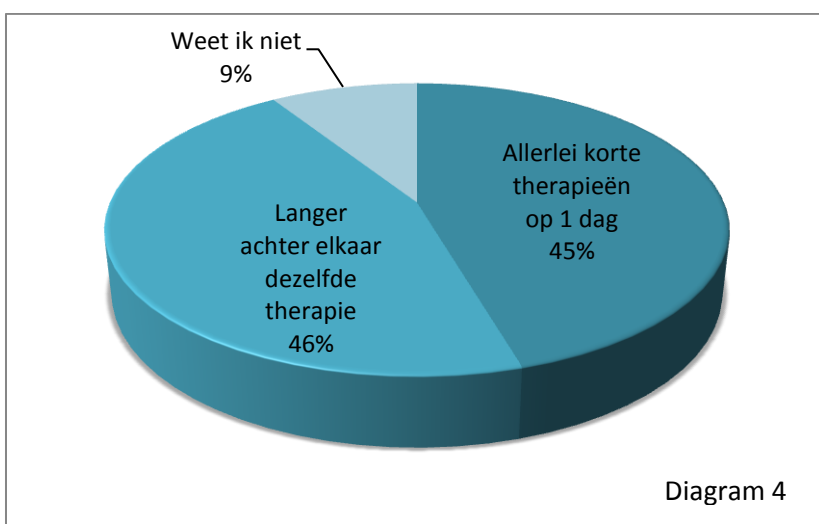
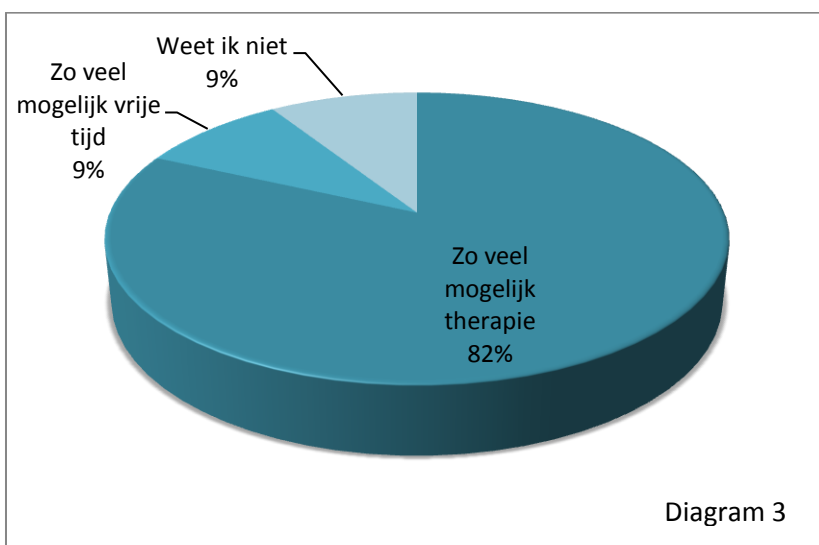
Vraag 1. Welke therapieën vind jij belangrijk?



Vraag 2. Waarom ga jij naar de vaktherapie?



Vraag 3. Welk therapie programma zou jij het liefst hebben?



Bijlage G – Therapieprogramma's Unit D en E

THERAPIEPROGRAMMA UNIT D (K5)			
MAANDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.15 - 09.30	Dagstart	huiskamer	VPK
09.30 – 10.30	Weekendbespreking	D 1.25	VPK
11.00 – 12.00	Gezond en fit/ AT	D 1.11	Inez
13.30 – 15.00	Runningtherapie	Extern	Ron + Derk
15.00 – 16.30	Werken met boosheid	C 1.9	Linda + Sonja
15.15 – 16.15	AT	D 1.11	Inez

DINSDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.15 - 09.30	Dagstart	huiskamer	VPK
09.30 – 10.30	Doelengroep	B 1.37	VPK
11.00 – 12.00	MT	C 0.13	Anneke
15.00 – 16.00	Schilder-/ tekencursus	A 0.2	Sonja

WOENSDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.15 - 09.30	Dagstart	huiskamer	VPK
09.30 – 11.30	Fitness	extern	Derk
09.30 – 10.30	wandelen		
13.30 – 16.00	Soc. Vaardigheidstraining/ Oriëntatie op dagbest.	A 0.3	VPK + Inez

DONDERDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.15 - 09.30	Dagstart	huiskamer	VPK
09.30 – 12.30	Marktbezoek/ koken	huiskamer	Els
13.30 – 14.30	AT-groepswork	D 1.11	Inez
13.30 – 16.00	Vrouwengroep	C 1.9	Linda + vpk
15.00 – 16.00	PMT	sportzaal	Ron
16.15 – 16.45 2 ^e + 4 ^e do/ maand	Stiltemoment (vrijblijvend)	D 1.29	Sonja + geestelijk verzorgster

VRIJDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.15 - 09.30	Dagstart	huiskamer	VPK
09.30 – 10.30	Zorg voor leefomgeving	Huiskamer	VPK
11.00 – 12.00	Weekbespreking	D 1.25	VPK
15.00 – 16.00	Gezamenlijke activiteit	huiskamer	Sonja

	= op indicatie
VPK:	verpleegkundige
MW:	maatschappelijk werker
AT:	activiteitentherapie
MT:	muziektherapie
PMT:	psychomotorische therapie
MO:	maatschappij oriëntatie

19 november 2012

THERAPIEPROGRAMMA UNIT E (K6)

MAANDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.30 – 10.30	Weekendbespreking	A 1.4	VPK
11.00 – 12.00	MT	C 0.13	Anneke
13.30 – 14.30	CT	A 0.2	Linda
13.30 – 14.45	Runningtherapie	Extern	Ron + Derk
15.00 – 16.30	Werken met boosheid	C 1.9	Linda + Sonja
15.30 – 16.15	PMT-ontspanning	Sportzaal	Ron

DINSDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.30 – 10.30	Huisbespreking	D 1.25	VPK
11.00 – 12.15	CT	A 0.2	Linda
13.30 – 14.30	AT-individueel	A 0.2	Sonja
15.00 -	Koken	Huiskamer	VPK
15.00 – 16.00	Teken- en schildercursus	A 0.2	Sonja

WOENSDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.30 – 10.30	Doelengroep	D 1.25	VPK
11.00 – 12.00	Handvaardigheid/ technieken	D 1.11	Inez
10.45 – 12.45	RET	A 0.3	Psycho+ VPK

DONDERDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.30 – 10.30	Zelfstandig werken	Huiskamer	VPK
11.00 – 12.00	Groepsgesprek/ Psycho-educatie	D 1.25	Psycho + VPK
13.30 – 16.00	Vrouwengroep	C 1.9	Linda + vpk
13.30 – 15.30	Assertiviteitscursus	A 0.3	VPK
15.00 – 16.00	Sociale vaardigheden	A 1.1	Inez
16.15 – 16.45 2 ^e en 4 ^e do/ maand	Stiltemoment (vrijblijvend)	D 1.29	Sonja + geestelijk verzorgster

VRIJDAG	THERAPIE	WAAR	WIE
09.30 – 10.30	PMT	Sportzaal	Ron
11.00 – 12.00	Weekbespreking	D 1.25	VPK

= op indicatie

VPK:	verpleegkundige
Psycho:	psycholoog
AT:	activiteitentherapie
MT:	muziektherapie
PMT:	psychomotorische therapie
CT:	creatieve therapie

19 november 2012